

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: magisterský intenzivní péče (MIP)



Bc. Monika Aksteinerová

**Úroveň adaptačního procesu všeobecných sester na jednotkách intenzivní
péče**

(The level of the adaptation process in general at intensive care units)

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Novotná, R. N.

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze

Souhlasím – Nesouhlasím*

V Praze,

Monika Aksteinerová

* Nehodící se škrtnete

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Janě Novotné za odborné vedení a poskytování cenných rad, které mi pomohly vypracovat diplomovou práci.

Identifikační záznam:

AKSTEINEROVÁ, Monika. *Úroveň adaptačního procesu všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče [The level of the adaptation process in general at intensive care units.]*. Praha, 2010. 110 stran, 5 příloh. Diplomová práce (NMgr). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, ÚTPO. Vedoucí závěrečné práce Novotná, Jana.

ABSTRAKT

Klíčová slova: adaptace, adaptační proces, všeobecná sestra, absolvent, mentor/školitel, vzdělávání/zaškolování, koronární jednotka intenzivní péče, osobnost, motivace, fyzická/psychická zátěž, interpersonální vztahy, technické vybavení.

Diplomová práce se zabývá tématem adaptačního procesu všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče. V práci hledáme odpověď na výzkumnou otázku, zda je úroveň adaptačního procesu a jeho reální délka dostačující proto, aby se sestry mohly plně začlenit do pracovního procesu.

V teoretické části se věnujeme podstatě adaptačního procesu. Konkrétně zpracováváme zaškolovací proces sester v průběhu adaptace na novém pracovišti. Rozebíráme problematiku jak objektu, tak subjektu managementu procesu integrace. Pozornost věnujeme i školiteli klinické praxe, jeho vzdělávání a úkolem předávat, školit a asistovat.

Praktická část diplomové práce se vyznačuje metodologií kvantitativního výzkumu. V empirické části jsme stanovili dílčí cíle a hypotézy, které v rámci dotazníkového šetření potvrzujeme nebo naopak vyvracíme. Cílem distribuce nestandardizovaných dotazníků mezi novými sestrami na jednotce intenzivní péče je zjistit, jak probíhá a jaká je spokojenost s adaptačním procesem ve vybraných Pražských zdravotnických zařízeních. Zvolili jsme si koronární jednotky intenzivní péče se stejným charakterem ošetrovatelské starostlivosti. Tím se chceme vyhnout spekulaci, že různé intenzivní jednotky mají svá specifika procesu adaptace a tím se nabízí možnost rizika zkreslení výsledku výzkumu.

ABSTRACT

Key words: adaptation, adaption process, general nurse, graduate, mentor/tutor, education / professional training, intensive coronary care unit, personality, motivation, physical/psychic stress, interpersonal relationships, technical equipment.

The Graduation Thesis deals with the topic of the adaptation process of general nurses at intensive coronary care units. Through the research, we ask whether the level of the adaptation process and its duration is long enough to get nurses fully involved in the procedure.

In the theoretical part, we work with the essence of the adaptation process. In particular, we analyse the nurse training process in the course of their adaptation in a new workplace. We look into issues related to the integration process management, from the view of the object and the subject as well. In addition, we pay attention to clinical practice tutors, their education and their roles – to teach, to convey and to assist.

As regards the practical part of the Thesis, we have applied a quantitative research methodology. In the empirical part, we have set partial objectives and hypotheses to be confirmed or rejected through inquiry. The aim of the distribution of non-standardised questionnaires among new nurses in intensive coronary care units is to find out how their adaptation process is running, and to what degree they are satisfied with the adaptation process within the selected medical centres in Prague. We had chosen intensive coronary care units of the same type of nursing to avoid inaccuracy in terms of the interpretation of the results and to prevent possible speculations about specific adaptation processes at the different intensive coronary care units.

OBSAH

ÚVOD	3
TEORETICKÁ ČÁST	4
1 Definice pojmu adaptace	4
1. 1 Biologická adaptace	4
1. 2 Psychická adaptace	4
1. 3 Sociální adaptace	5
2 Adaptační proces ve zdravotnictví	7
2. 1 Adaptace všeobecných sester jako personální činnost	7
2. 2 Objekty a subjekty managementu adaptačního procesu	9
2. 3 Vzdělávání v adaptačním procesu	10
2. 3. 1 Plán adaptačního procesu	12
2. 3. 2 Alternativa adaptačního procesu	13
2. 4 Cíl adaptačního procesu	13
2. 5 Časové rozmezí a rozpoložení procesu adaptace	14
2. 6 Hodnocení adaptačního procesu	16
2. 7 Řízení rizika neadekvátního adaptačního procesu	17
3 Pedagogická složka adaptačního procesu	18
3. 1 „Učitel“ klinické praxe	19
3. 2 Školitel/mentor klinické praxe	20
3. 3 Vzdělávání mentorů	22
4 Faktory pracovní integrace ve zdravotnictví	24
4. 1 Osobnost objektu adaptačního procesu	25
4. 2 Motivace u všeobecných sester	27
4. 3 Fyzická/psychická zátěž	29
4. 4 Interpersonální vztahy	32
4. 5 Sestra a diagnostické/terapeutické výkony	33
EMPIRICKÁ ČÁST	36
5 Cíle a hypotézy výzkumu	36
6 Výsledky dotazníkového šetření	38

7 Diskuze	96
ZÁVĚR	104
LITERATURA	105
SEZNAM ZKRATEK	109
SEZNAM PŘÍLOH	110

ÚVOD

Máme-li pochopit, z jakých biologických zdrojů vyrůstá adaptace a stres, musíme něco vědět o životě¹. „Život je velkolepý pokus přírody“ (CHARVÁT, 1969, 9 s.). Lidstvo se vždy ptalo po vzniku života a jeho podstatě. Výsledky z tisíce let vedených výzkumů v oblasti evoluce potvrzují nezastupitelnost adaptace v přežití jak živé, tak neživé přírody. U živého organismu je kromě biologické adaptace specifikum přizpůsobovat se i v oblasti sociální a psychické.

Zaměřuju se na osobnost s bio-psycho-sociálními potřebami, disponující inteligenčním kvocientem. Člověk není naprogramovaný robot. Jako nejpokročilejší savec na Zemi se k své dokonalosti přibližuje učením se a přizpůsobováním.² V rámci fylogeneze probíhá složitý a dlouhodobý proces adaptace. Člověk si v průběhu své existence na této planetě postupem času osvojuje příslušný vzorec chování, učí se své sociální roli, přijímá normy společnosti, v které působí jako osobnost. Součástí sociálního prostředí je i prostředí pracovní, na které se v rámci této práce soustředíme. Zaměstnání poskytuje prostor pro dospělou populaci, zařadit se do pracovního týmu, prezentující se vzájemnými sociálními interakcemi, v rámci identifikované organizace.

Jedním ze základních pilířů úspěchu společnosti je efektivita a produktivita pracovní síly. Podmínkou je i vypracovaný program, směřující k zaškolování zaměstnanců na novém pracovišti a zabraňující jejich fluktuaci. Při logické úvaze nám vyplývá, že investice vynaložené na zaškolování se vracejí v podobě spokojenosti jak zaměstnavatele, tak zaměstnance.

Cílem této práce je zjistit, jak nemocnice řeší personální strategii při přijímání nových pracovníků, jestli následná adaptace a stabilizace hraje klíčovou roli personálního managementu. Snažím se najít odpověď na otázku, jakým způsobem probíhá současný adaptační proces v zdravotnických zařízeních.

¹ CHARVÁT, J., Život, adaptace a stress, s. 7

² CHARVÁT. J., Život, adaptace a stress, s. 126 -127

TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice pojmu „adaptace“

„Adaptace je obecně chápána jako proces aktivního přizpůsobování člověka životním podmínkám a jejich změnám. Člověk nepřijímá podmínky, v nichž žije jen pasivně, ale snaží se je přizpůsobit svým potřebám, zájmům, hodnotám či cílům. Adaptace představuje jednotu aktivních a pasivních forem splynutí člověka s prostředím, přizpůsobení prostředí člověka a člověka prostředí“ (BEDRNOVÁ, NOVÝ, 1998, s. 321). Termín adaptace se prvotně užíval v biologii, ale byl převzat i do sociologie, psychologie a také do ošetrovatelství. Na základě potřeb, zájmů, hodnot a cílů se jedinec adaptuje na své životní prostředí a snaží se integrovat. Biologicko-psychický vývoj spolu s úspěšnou pracovní a sociální adaptací jsou předpokladem přežití jedince na této planetě.

1.1 Biologická adaptace

Biologickou adaptací organismu se rozumí proces vyrovnání se změněným podmínkám vnějšího prostředí do té míry, aby přestali být faktorem znemožňujícím normální život organismu.³ Adaptace z biologického hlediska probíhá několik měsíců, let až století. Je obvykle vyvolána dlouhodobým nebo opakovaným působením podnětů. Jedná se o fyziologické změny organismů, nutné k zachování homeostatické rovnováhy za působení ekologických faktorů. Zahrnují v sobě jak změny na úrovni buňky, tak i regulace na úrovni organismu. Z hlediska ontogeneze i fylogeneze se jedná o naprosto zásadní odpověď organismu na působení změněných ekologických faktorů.

1.2 Psychická adaptace

Psychická činnost vzniká jako vývojově vyšší a dokonalejší způsob regulace adaptivního chování, které má vrozené základy v evoluci příslušného živočišného druhu. Vrozené základy adaptivního chování se v průběhu vývoje jedince mění vlivem individuálních zkušeností v behaviorální vzorce. Z psychologického hlediska je možno adaptaci definovat jako „přizpůsobení organismu jeho prostředí. Živá bytost disponuje

³ autor neuveden. <http://www.sci.cz/ksfz/texty/FIZIOLOGICKE%ADAPTACE%20-%20pradnaska.rtf>

určitou plasticitou své osobnosti, díky níž může zůstat v souladu s okolím a zachovat si rovnováhu vnitřního prostředí“ (SILLAMY, 2001, s. 8). Za hlavní mechanismy adaptace napomáhající udržovat stav rovnováhy, Sillamy považuje asimilaci a akomodaci. Asimilace podle něj představuje aktivní chování jedince, prostřednictvím kterého mění své prostředí, splyne s ním. Akomodaci považuje za schopnost snášet změny a přizpůsobovat se jim, nebo v negativní situaci nepřijetí nových podmínek – nevčlenění se.⁴

1.3 Sociální adaptace

Sociální adaptace probíhá především na společenské úrovni, ale dotýká se i fyziologických, biologických i psychologických aspektů. Lidé mají potřebu sociálního kontaktu, proto je společnost pro ně důležitá nejen jako prostředek, ale sama o sobě, jako cíl. Jedinec v ní získává mnoho zkušeností, které jeho osobnost rozvíjejí.⁵ Při sociální adaptaci se ve své podstatě jedná o:

- přizpůsobení normám společnosti,
- soulad toho, co si myslíš o tom, co chce společnost,
- názor člověka a jeho svědomí – soulad mezi nimi,
- když dochází k nesouladu, je člověk v konfliktní situaci.⁶

„Adaptace ve společenském procesu práce je procesem vyrovnávání se člověka se skutečností, ve které plní pracovní úkoly“ (BEDRNOVÁ, NOVÝ, 1998, s. 321). Daný proces probíhá v rovině pracovní a sociální adaptace jedince.

„Pracovní adaptace je procesem, v jehož průběhu dochází k postupnému vyrovnávání souboru osobních předpokladů jedince s konkrétními požadavky jeho pracovního zařazení. Zároveň pojem pracovní adaptace zahrnuje i průběžné zvládání změn v nárocích a podmínkách pracovní činnosti, k nimž dochází v důsledku vědeckotechnického pokroku“ (BEDRNOVÁ, NOVÝ, 1998, s. 321).

Při sociální adaptaci se jedná o proces, při němž se jedinec začleňuje do sítě sociálních vztahů v rámci pracovního týmu na novém pracovišti i do celého sociálního systému organizace.⁷ Pracovní a sociální adaptace se navzájem prolínají. Úspěšný adaptační proces je podmíněn zvládnutím obou rovin adaptace.

⁴ SILLAMY, N. Psychologický slovník. 2001. s. 8

⁵ VÁGNEROVÁ, M. Základy psychologie. 2004. s. 273. ISBN 80-246-0841-3

⁶ autor neuveden.

http://prosestry.cz/index.php?page=socialni_adaptace_obranne_frustracni_mechanismy

⁷ BEDRNOVÁ, E.; NOVÝ, I. Psychologie a sociologie řízení. 1998, s. 321. ISBN 80-247-0267-3

Sociální adaptace je laicky často zaměňována za termín socializace. „Socializace je celoživotním procesem utváření a vývoje člověka ve společenskou bytost. Tento proces probíhá ve vzájemné interakci jedince a společnosti. Socializační proces je zaměřen na rozvoj určitých, pro danou společnost typických vlastností a kompetencí“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 273 a 276).

Z definic obou pojmů si můžeme vyvodit tyto rozdíly:

- socializace je celoživotní proces, kdežto sociální adaptaci chápeme spíše jako krátkodobý proces spojený s konkrétní situací v životě jedince,
- socializace je funkcí působení společnosti na jedince, v sociální adaptaci jde o vyrovnání se jedince s působením společnosti,
- v procesu socializace si jedinec vzorce jednání osvojuje, za to v procesu sociální adaptace je spíše využívá,
- v procesu socializace je člověk značně pasivnější než při sociální adaptaci.

V závěru je potřeba definovat další pojmy, se kterými se ještě setkáme v následujících kapitolách práce.

Integrace je jako pojem ztotožněn s termínem sjednocení, ucelení, splynutí, neboli proces spojování ve vyšší celek.⁸

„Orientaci můžeme definovat jako rozpoznávání určitých znamení, která nás mohou vést v pochodu nebo v podnikání. V neznámé krajině se nedokážeme orientovat, pokud nejsme schopni ji rozčlenit, diferencovat její části, určit její bezprostřední sousedství a reorganizovat celek. Orientace tedy odpovídá intelektuální organizaci prvků v prostředí, jež se nám zprvu zdají být bez struktury. To platí nejen pro orientaci prostorovou, ale obecně pro všechny situace“ (SILLAMY, 2001, s. 142). Orientaci budeme v rámci této práce chápat jako součást adaptace, která je oproti adaptaci krátkodobějším procesem.

„Zaškolení spočívá v absolvování odborně teoretické přípravy a v praktickém výcviku pro výkon konkrétních činností, které je ukončeno zkouškami a vydáním osvědčení“ (BEDRNOVÁ, NOVÝ, 1998, s. 328).

Absolvent je člověk, který splnil podmínky k ukončení školy, kurzu, vzdělání.⁹ V této práci se zabývám absolventi škol se zdravotnickým zaměřením s různým stupněm vzdělání.

⁸ <http://slovník-cizich-slov.abz/web.php/slovo/integrace>

⁹ <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/absolvent>

2 Adaptační proces ve zdravotnictví

Deficit ošetrovatelského personálu se v současné době stává jedním z hlavních témat personálního managementu ve zdravotnictví. Je to jeden z důvodů, proč dnes zdravotnická zařízení v rámci adaptačního procesu přecházejí z nezřízeného zaškolování, k zavádění standardů na postup v adaptačním procesu nových zaměstnanců pro oblast poskytování ošetrovatelské péče. Tím se urychlí a zefektivní proces přijímání nových zdravotníků k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Podle studie odborné literatury jsou nejvíce ohrožení odchodem s podáním výpovědi pracovníci během prvního roku v zaměstnání. Je to totiž období, kdy dochází ke konfrontaci očekávání zaměstnance od zaškolování a pracovního procesu s realitou.¹⁰ Z toho vyplývá, že správně řízeným a naplánovaným adaptačním procesem možno zabránit zvyšování fluktuace všeobecných sester.

2.1 Adaptace všeobecných sester jako personální činnost

Abychom se zabývali adaptací všeobecných sester jako součástí personální činnosti, je na místě vysvětlit si, co si pod slovním spojením nutno představit. „Personální práce, nebo-li činnost tvoří tu část řízení organizace, která se zaměřuje na vše, co se týká člověka v pracovním procesu, tedy jeho získávání, formování, fungování, využívání, jeho organizování a propojování jeho činností, výsledků práce, jeho pracovních schopností a pracovního chování, vztahu k vykonávané práci, organizaci, spolupracovníkům a dalším osobám, s nimiž se v souvislosti se svou prací stýká, a rovněž jeho osobního uspokojení z vykonané práce, jeho personálního a sociálního rozvoje“ (KOUBEK, 2001, s. 14). Na první pohled se zdá být formulace definice složitá. Proto z více definic názorně uvádím podstatu personální činnosti:

- plánování zaměstnanců,
- získávání a výběr zaměstnanců,
- přijímání zaměstnanců,
- ukončování pracovního poměru,
- péče o zaměstnance,
- hodnocení zaměstnanců,
- vedení evidence o zaměstnancích.

¹⁰ BEDRNOVÁ, E.; NOVÝ, I. Psychologie a sociologie řízení. 1998. s. 586. ISBN 80-247-1267-3

V oblasti personálního řízení probíhá také orientační proces. Jedná se o adaptační socializační a vzdělávací proces, který má za cíl usnadnit socializaci pracovníka do nového prostředí. Tím se eliminuje eventuelní adaptační stres, vyvolaný reakcí na novou pracovní situaci. Takto definovaný adaptační proces má tři cíle:

- seznámit zaměstnance s prací,
- vytváření vztahů ke spolupracovníkům včetně nadřízených a podřízených a pochopení stylu práce,
- formování pocitu sounáležitosti zaměstnanců s firmou.¹¹

Orientace respektive adaptace pracovníků se zaměřuje na:

1. Celopodnikovou orientaci - informace obecného rázu společné pro všechny, pracovníky.
2. Orientaci v útvarové jednotce - detaily a specifika, kterými se útvar vyznačuje.
3. Orientaci na konkrétní pracovní místo - obsahově diferencované údaje podle charakteru a obsahu práce na konkrétním pracovním místě.⁹

Firmy, akciové společnosti, podniky ale i zdravotnická zařízení představují organizace, ve kterých probíhá personální činnost v rámci řízení lidských zdrojů. V každé organizaci se dějí procesy, při kterých dochází k změnám, se kterými se vážou personální činnosti. Plánování, získávání, výběr a přijímání zaměstnanců jako i rozmísťování, vzdělávání, rozvoj pracovníků a následná péče o ně, reprezentují personální činnosti, které přímo souvisejí s adaptací pracovníků. Pro nemocnici je všeobecná sestra součástí lidských zdrojů. Můj názor je, že vzdělaná, flexibilní, kreativní a motivovaná sestra je jeden ze základů prosperity nemocnice a odráží se to v kvalitě poskytované zdravotní péči. Strategické plánování pracovních sil nezbytných k dosažení prosperity a cílů organizace, s sebou přináší i nutnost zpracovat a pak realizovat plány k pokrytí potřeby pracovních sil. V praxi to znamená získávání, přijímání a rozmísťování zaměstnanců tak, aby se co nejvíce využili jejich pracovní schopnosti ve prospěch společnosti.

Společnosti, vyznačující se přijímáním změn v organizaci, nemohou při výběru zaměstnance spoléhat jenom na adaptační proces. Je potřeba již při přijímání pracovní síly jasně stanovit požadavky a to jak na vzdělání, vědomosti a zkušenosti tak i na sociální dovednosti. Schopnosti jako kreativita, flexibilita a komunikativnost jsou

¹¹ PALÁN, Z. <http://www.topregion.cz?articleId=1869>

předpokladem schopnosti zaměstnance adaptovat se na změny i v budoucnosti. Nemocnice poskytují zdravotní péči a ta podléhá měnící se legislativě. Proto i na zdravotnický personál je kladen požadavek, aby byli flexibilní při přizpůsobování se změnám v rámci pracovního procesu. Při přijímání do nového zaměstnání se kandidáti často setkávají s formulářem – Popis pracovního místa. Formulář specifikuje konkrétní požadavky na kandidáta a tím usnadňuje i výběrové řízení na volné pracovní místo.

Důležitou roly výběrového řízení k volnému pracovnímu místu hrají vzájemné zájmy a očekávání mezi potencionálním zaměstnancem a zaměstnavatelem. Mluvím o psychologické smlouvě, jako nezbytné součásti nekonfliktních vztahů mezi pracovníkem a společností. Nesoulad mezi psychologickou smlouvou a realitou vzájemných vztahu může signalizovat, že účastníci smlouvy už nesdílejí společné hodnoty a cíle.¹²

Z uvedených faktů vyplývá, že hlavním úkolem personálního managementu je zabezpečit pružnost a efektivnost organizace i jeho zaměstnanců. Pro zabezpečení prosperity společnosti se klade důraz i na kladné vztahy v kolektivu a na péči o zaměstnance.

2.2 Objekty a subjekty managementu adaptačního procesu

Objektem řízení procesu adaptace je zaměstnanec, nastupující na nové pracovní místo. V publikaci od Bedrnové, Nového a kol. (1998, s. 323) jsou objekty řízení adaptačního procesu rozděleny do čtyř kategorií:

1. noví pracovníci,
2. pracovníci, kteří se vracejí na své původní pracoviště po delším čase,
3. pracovníci, kteří mění pracovní zařazení,
4. pracovní skupiny.

Noví pracovníci – v této situaci je rozhodujícím subjektem řízení adaptačního procesu bezprostřední vedoucí skupiny. Ten je odpovědný za průběh zaškolování nového pracovníka.

Kategorii *pracovníků, vracejících se na původní pracoviště po delším čase* tvoří především ženy po mateřské dovolené. Důvodem může být i dlouhodobá pracovní neschopnost pro onemocnění. Specifickým problémem u této skupiny zaměstnanců je ztráta sebedůvěry a jistoty ve své vykonávané práci a pokles zájmu o pokračování

¹² ARMSTRONG, M. Řízení lidských zdrojů. 2005, s. 230. ISBN 80-247-0469-2

budování své profesní kariéry. V adaptačním procesu se právě proto zaměřujeme i na řešení těchto problémů.

U *pracovníků, měnících pracovní zařazení* dochází ke změně určitých prvků pracovní situace. Zaměstnanec je nucen adaptovat se na ně, k čemu je potřeba ponechat mu dostatek času v rámci zaškolování. Jako zaměstnaní lidi můžeme měnit svá pracovní zařazení z důvodu profesního postupu, přestupu na jiné oddělení, na renovovanější pracoviště a také změna pracoviště kvůli zdravotnímu stavu.

Při *zaškolování pracovní skupiny* se většinou jedná o situaci zavádění inovačních změn na pracovišti. V tomto případě je nejlepší volbou vedoucího pracovníka zapojit všechny členy skupiny do plánování a realizaci změn.

Česká republika je členem Evropské unie a svůj trh práce má otevřen i pro *cizince*. Proto není nic neobvyklého, že se v adaptačním procesu na pracovišti ocitnou i cizinci. Jejich integrace na novém pracovním místě je v základě shodná s předešlými případy. Ztížené podmínky pro adaptační proces pramení z jejich kulturní odlišnosti a jazykové bariéry.

Objekty adaptačního procesu ve zdravotnických zařízeních definuje legislativa České republiky v Metodickém pokynu k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky ze dne 29. 7. 2009. Podle tohoto dokumentu adaptační proces absolvuje nelékařský zdravotnický pracovník, který:

- nastupuje po získání odborné způsobilosti dle zákona 96/2004 Sb.,
- přerušil výkon povolání na dobu delší než 2 roky,
- přechází na jiné pracoviště zdravotnického zařízení a charakter jeho nové práce se výrazně liší.

Subjekty managementu adaptačního procesu představují pracovníci z oblasti řízení, tedy přímí nadřízení nového pracovníka. Do řízení adaptace zaměstnanců vstupují i pracovníci personálního oddělení, nebo osoby v podobě mentorů či garantů.

2.3 Vzdělávání v adaptačním procesu

Adaptace zaměstnanců, jako proces učení se něčemu novému, má také vzdělávací aspekt. V podstatě jde o formování schopností pracovníka podle požadavků zaměstnavatele. Součástí této transformace jsou odborné informace o pracovních postupech, o manuálech používané techniky na pracovišti a také informace o získávání dalších vědomostí i o možnostech dalšího rozšiřování vzdělání.¹³

¹³ KOUBEK, J. Řízení lidských zdrojů- Základy moderní personalistiky, 2002, s. 182. ISBN 80-7261-033-3

Nově nastupující zaměstnanci pocítují nejistotu, která pramení ze situace, že se najednou ocitají v neznámém pracovním prostředí. Zbavit se této nejistoty je cílem kursů a účelných seminářů pro nové zaměstnance. V rámci sezení se jim poskytují informace o organizaci a provozu oddělení. Součástí úvodního sezení bývají i setkání „nováčků“ se členy personálního managementu. Zástupci personálního managementu kromě uvítání nových pracovníků, nabízejí přehled historie podniku, informace o jeho kultuře, zásadách personální i sociální politiky o prostorovém řešení budovy. Postupem času jsou zaměstnanci informováni o organizačním uspořádání, pracovním režimu na oddělení, směnnosti, pracovním prostředí jako i o pracovní skupině, přijatých normách a zvyklostech. Mluvíme také o zdravotnických zařízeních, které vedou podobnou strategii při přijímání nových zdravotnických pracovníků. Zaškolováním zdravotníků bývá zpravidla pověřené vzdělávací oddělení personálního útvaru. Úzce přitom spolupracuje s vedoucími pracovníky jednotlivých oddělení.

Forma a obsah zaškolovacích seminářů se liší podle toho, o kterou kategorii zaměstnanců jde a kým jsou semináře vedené. Vzdělávací akce jsou zřizované buď nemocnicí, vzdělávací institucí, jiným zařízením, nebo přímo na budoucím pracovišti zaškolujícího se pracovníka. Při těchto seminářích je potřeba klást důraz i na jejich teoretický obsah, směřovaný různým kategoriím zaměstnanců. Konkrétně v této práci zdůrazňuji potřebu diferenciaci zaškolování všeobecných sester pro standardní lůžková oddělení a sester pro jednotky intenzivní péči se zaměřením na konkrétní klinické odvětví medicíny. Na diferenciaci teoretického, ale i praktického obsahu zaškolování je potřeba myslet i v situaci, kdy adaptačním procesem přechází všeobecná sestra s předešlou praxí ve zdravotnickém zařízení a zároveň sestra – absolventka. Zejména jde o absolventky středních zdravotních, vyšších odborných škol, bakalářských i magisterských studijních programů. A tím se nám zase nabízí široká škála budoucích potencionálních zaměstnanců nemocnice s různým rozsahem vědomostí a dovedností získaných ve škole. Na základě této skutečnosti můžeme předpokládat, že adaptační proces bude u absolventek s různým stupněm vzdělání probíhat odlišně.

Bedrnová a Nový (1998, s. 331-332) považují přípravu pracovníků za vysoce důležitou činnost. Podmínkou efektivity této činnosti je dodržování následujících zásad:

- vycházet ze skutečných požadavků na kvalifikaci zaměstnanců a zajistit vazbu na plány profesní kariéry jednotlivých pracovníků,
- kombinace různých forem přípravy zaměstnanců na pracovišti i mimo něj,
- zajistit odborné vzdělávání diferencovaně pro jednotlivé kategorie zaměstnanců,
- průběžné hodnocení přínosnosti používaných forem přípravy pracovníků,

- aby sociální klima v podniku podněcovala ochotu zaměstnanců k dalšímu vzdělávání, podporovat je v této činnosti,
- zvážit možnost symbolické finanční spoluúčasti zaměstnanců.

Když si položíme otázku: Co je podstatou úspěšného vzdělávání? Tak jednou z možností na odpověď je učení, neboli schopnost jedince učit se. V rámci práce se zabývám učením v období dospělosti v pracovních podmínkách, v zaměstnání. Na rozdíl od klasického chápání procesu učení v období dětství a dospívání je v tomto případě za úspěšné výsledky učení hlavní měrou odpovědný samotný učící se jedinec. V pracovním procesu se však neomezujeme jenom na učení se něčemu novému, ale i na sebeutváření, tedy vědomí odpovědnosti za svůj vlastní osobnostní rozvoj.

Zaškolování zdravotnického personálu se opírá o získávání praktických dovedností přímo z praxe na novém pracovišti. Proto si dovoluji říct, že v adaptačním procesu ve zdravotnictví se uplatňuje humanistická koncepce učení. Mé tvrzení se opírá o publikaci od Bedrnové a kol., která koncepci definuje jako „teorii učení se z vlastní zkušenosti/praxe“. Důraz je kladen na propojení praxe s teorií, na partnerskou komunikaci a vzájemnou interakci mezi oprávněným zaškolujícím a školícím se pracovníkem.¹⁴

2.3.1 Plán adaptačního procesu

Úspěch integrace nového zaměstnance do pracovního procesu závisí na pečlivě vypracované strategii adaptačního procesu. Adaptaci pracovníka nelze provést během jednodenního školení. Měla by být rozložena na delší časové období, protože pro každého z nás je obtížné vstřebat tolik nových informací v krátké době. Organizace proto do praxe zavádějí adaptační plány nebo plány nástupní praxe specifikované přímo na konkrétní pozice. Ve zdravotnických zařízeních jsou pověřeni k vypracování takového plánu vedoucí pracovníci jednotlivých nelékařských zdravotnických oborů. Tito pracovníci jsou zároveň oprávněni na základě návrhu a hodnocení školícího pracovníka navrhnout změny v Plánu adaptačního procesu, a to v podobě:¹⁵

- prodloužení nebo zkrácení délky, pokud to bude v zájmu pracovníka v adaptačním procesu,

¹⁴ BEDRNOVÁ, E. et al. Psychologie a sociologie řízení, 1998, s. 333. ISBN 80-247-0267-3

¹⁵ PLOCHÁ, H.; MÜLLEROVÁ, N. Úprava doporučeného pracovního postupu realizace a ukončení adaptačního procesu pro NZP; In Sestra, 2009, č. 11, s. 18. ISSN 1210-0404

- jeho přeřazení na jiné pracoviště,
- nebo provedení hodnocení písemné závěrečné práce.

Plán je součástí dokumentace, která je zavedená u každého účastníka adaptačního procesu. Plán zapracování nelékařského zdravotnického pracovníka je přizpůsoben oboru, ve kterém adaptace probíhá a řízen dokumentací zdravotnického zařízení. Tato dokumentace by měla minimálně obsahovat:¹³

- identifikační údaje zdravotnického zařízení a pracoviště, kde adaptace probíhá,
- identifikační údaje zaměstnance, který se zaškoluje,
- název dokumentu – Plán zapracování/adaptačního procesu,
- identifikace školicího pracovníka, případně uvést jeho kvalifikaci,
- seznam vnitřních předpisů zdravotnického zařízení,
- seznam odborných znalostí a dovedností, které si musí zaměstnanec osvojit v průběhu adaptačního procesu,
- hodnotící kritéria adaptačního procesu
- a závěrečné hodnocení ukončeného adaptačního procesu.

2.3.2 Alternativa adaptačního procesu

V západních zemích se kromě Plánu adaptačního procesu setkáváme i s jinou formou zaškolování nových zaměstnanců. Jedná se o „orientační balíček“ (LIVIAN, PRAŽSKÁ, 1997, s. 76). Podstatou je, že nově nastupující zaměstnanec při svém nástupu obdrží svazek písemných materiálů. Dokumenty si v rámci svého samostudia přečte a nejasnosti či případné otázky pak konzultuje buď s přiděleným školitelem, nebo s vedoucím daného oddělení, kam nastupuje. Balíčky jsou přizpůsobené zaměstnancům podle kategorie pracovního místa, na kterém je nově zaměstnán. V materiálech pracovník najde třeba orientační plán budovy, postup při zajišťování prádla, informace o stravování, veškerých službách, které zaměstnavatel poskytuje svým zaměstnancům. Část informací je však specifikována podle zařazení zaměstnance a také podle specifika oddělení, kam je přijímán.

2.4 Cíl adaptačního procesu

Každá lidská činnost sleduje určitý cíl. Cílevědomý proces pracovní a sociální adaptace nových zaměstnanců je pro organizaci nezastupitelný. Cílem zdravotnického zařízení je stabilizace kvalitní pracovní síly k zabezpečení co nejvyšší kvality poskytované zdravotní péče.

Řízení adaptačního procesu vychází ze dvou aspektů:¹⁶

- aspekt pracovníka, kde je prioritou rozvoj pracovníka, jeho spokojenost s pracovními podmínkami,
- aspekt organizace, týkající se rychlého zapracování zaměstnance, aby se z něj stala efektivní pracovní síla.

Nejobecnější vytyčení cílů nacházíme u PhDr. Zdeňka Palána, Ph.D. Formuluje je do těchto činností:¹⁷

- seznámení se s prací na novém pracovišti,
- vytvoření si vztahů ke spolupracovníkům včetně nadřízených a podřízených,
- osvojování si stylu práce,
- formování pocitu sounáležitosti zaměstnance s organizací.

Z uvedených poznatků o adaptačním procesu si můžeme cíl specifikovat na doplnění, prohloubení, zhodnocení znalostí a dovedností nelékařských zdravotnických pracovníků při uplatňování jejich teoretických vědomostí a praktických zručností v praxi.

2.5 Časové rozmezí a rozložení procesu adaptace

S procesem zaškolování všeobecných sester, nastupujících na nové pracovní místo, mají zdravotnická zařízení už dlouholeté zkušenosti. Z těchto zkušeností vychází i fakt, že adaptační proces nemůže trvat stejně dlouhou dobu u všech nových všeobecných sester. Je nutno u toho zohlednit typ absolvované školy, délku studia a předchozí praxi v nemocničním zařízení. V úvahu bereme i oddělení, na která jsou umístěni z důvodu různé náročnosti zdravotní péče, kterou budou jako sestry poskytovat.

V české legislativě je délka adaptačního procesu upravená v Metodickém pokynu k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky ze dne 29. 7. 2009. V jeho obsahu nacházíme doporučovanou délku adaptačního procesu:

- adaptační proces účastníků adaptačního procesu/absolventů obvykle trvá 3 až 12 měsíců po nástupu,
- adaptační proces účastníků adaptačního procesu, kteří přerušili výkon povolání na dobu delší než 2 roky nebo přecházejí na jiné pracoviště zdravotnického

¹⁶ BEDRNOVÁ, E. et al. Psychologie a sociologie řízení, 1998, s. 332. ISBN 80-247-0267-3

¹⁷ <http://www.topregion.cz?articleId=1869>

zařízení a charakter jejich nové práce se liší, probíhá obvykle v období 2 až 8 měsíců po nástupu,

- délka adaptačního procesu je závislá také na znalostech a dovednostech daného účastníka adaptačního procesu.

Co se týče časového rozložení adaptačního procesu, můžeme se přidržovat publikace Řízení lidských zdrojů – Základy moderní personalistiky od Koubka. Ta popisuje následující etapy procesu:¹⁸

Při příležitosti podepsání pracovní smlouvy se předají novému zaměstnanci písemné i ústní informace od personálního oddělení, od vrchní sestry i staniční sestry. Uchazeč o zaměstnání může vybrané informační materiály obdržet ještě před podepsáním smlouvy.

Období mezi podepsáním smlouvy a před nástupem na pracovní místo je možno využít k vyřešení některých osobních problémů zaměstnance, přičemž se může obrátit na vrchní nebo staniční sestru. Mohou mu třeba poskytnout informace o možnosti ubytování, stravování atd.

V den nástupu do zaměstnání je seznámen s orientačním plánem celého areálu zdravotnického zařízení, obzvlášť se stavebním rozmístněním oddělení, na kterém bude pracovat. Následně je předán staniční sestře, která by správně měla nového kolegu představit celému pracovnímu týmu. Už v tento první pracovní den se nový pracovník může dostat k plnění svých prvních pracovních činností.

Během prvního pracovního týdne má nový zaměstnanec několik pohovorů se staniční sestrou a s přiděleným školitelem. Staniční sestra ho směřuje k řešení problémů souvisejících s jeho praxí. Dále se seznamuje s dalšími spolupracovníky, zařazuje se do své skupiny a se školitelem pracují na sestavení adaptačního plánu.

Druhý a třetí týden je věnován plnění běžných ošetrovatelských výkonů prozatím však pod vedením nebo odborným dohledem školitele. Už v průběhu tohoto období by se staniční, ale i vrchní sestra měli zajímat o průběh adaptace nového zaměstnance.

V průběhu čtvrtého a pátého týdne se nový zaměstnanec zapojuje jako posluchač do krátkodobých školicích akcí a pokračují rozhovory se staniční sestrou.

Od pátého týdne jsou na sestru postupně kladené vyšší a vyšší nároky a začíná se stávat plnohodnotným členem pracovního týmu. I nadále se vzdělává v rámci školení a konzultace se staniční a vrchní sestrou probíhají jeden až dvakrát do měsíce.

¹⁸ KOUBEK, J. Řízení lidských zdrojů- Základy moderní personalistiky, 2002. s. 367. ISBN 80-7261-033-3

Šestý měsíc adaptačního procesu se nese ve znamení ukončování adaptačního plánu, následném hodnocení jeho úspěšného naplnění. Zhodnocení vědomostí a dovedností účastníka adaptačního procesu provede školitel, případně i se staniční nebo vrchní sestrou a spolu rozhodnou o případném ukončení adaptačního procesu.

2.6 Hodnocení adaptačního procesu

V rámci hodnocení adaptačního procesu by se nemělo jednat o jednorázové zhodnocení úspěšnosti naplnění adaptačního plánu na konci adaptačního procesu. Podle mého názoru by mělo být průběžné hodnocení součástí dokumentace vedené v průběhu adaptačního procesu. Proces integrace nové sestry je třeba pozorovat pravidelně, postupně zpracovávat dílčí výsledky a vyhodnocovat efektivitu jednotlivých kroků adaptace.

Hodnocení školence je zároveň reflexí práce školitele, který často žije v nejistotě nad otázkami »Co mám učit?«, »Jak mám učit?«, »Učím dostatečně?«. Včasné, kontinuální a závěrečné hodnocení kandidáta dává školiteli odpověď právě na této otázky. Školitel by se měl na vlastní práci dívat kriticky. Setká-li se s nezdarem v zaškolení školence, měl by zvážit, jsou-li příčinou neznalosti či špatný přístup kandidáta, nebo nedostatky ve vlastní pedagogické práci.¹⁹

Hodnocení by mělo být realizováno vedoucím pracovníkem úseku nebo školícím pracovníkem, formou hodnotícího pohovoru nebo prověřením praktických dovedností s účastníkem adaptačního procesu. Zároveň by se prováděl zápis do příslušné řízené dokumentace jedenkrát za týden, nejméně však jedenkrát do měsíce. Pracovník, který hodnotí zaučujícího se, musí mít vyřešenu i otázku »Co hodnotit?«. Školitel musí po celou dobu výuky u nového zaměstnance hodnotit teoretické znalosti, dovednosti, přístup k práci, k pacientům, ke spolupracovníkům a jeho aktivitu v sebevzdělávání. Abychom mohli něco vyhodnotit, je třeba předem si stanovit kritéria hodnocení, odvíjející se od konkrétního zařazení všeobecné sestry. V našem případě sestry pro jednotky intenzivní péče. Na stanovení těchto kritérií je nutná spolupráce školících pracovníků, staniční sestry a vrchní sestry. Samozřejmě stanovené kritéria je třeba konzultovat i s hlavní sestrou popřípadě s primářem daného oddělení. Z už uvedeného metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví o realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky vyplývá několik následujících faktů. Vedoucí úseku nebo školící pracovník můžou rozhodnout o zadání písemné práce dle

¹⁹ VÁLKOVÁ, L. Manuál praktického lékaře, 2006, s. 23. ISBN 80-7262-448-2

odborností účastníka adaptačního procesu. Adaptační proces se ukončuje závěrečným pohovorem za přítomnosti vedoucího pracovníka příslušného oddělení a školicího pracovníka. V případě, že byla zadána závěrečná práce, je provedená její obhajoba. Vedoucí pracovník daného úseku provede zápis o úspěšném ukončení adaptačního procesu do dokumentace a obeznámí účastníka adaptačního procesu s tímto hodnocením. Celá tato dokumentace se řídí vnitřním standardem zdravotnického zařízení a hodnocení by mělo být předáno zaměstnanci i personálnímu oddělení. Ukončením adaptačního procesu je zaměstnanci vypracovaná nová náplň práce.

2.7 Řízení rizika neadekvátního adaptačního procesu

V současné době se často setkáváme s medializací problémů zdravotnických zařízení v poskytování bezpečné a kvalitní péče o pacienty. Správy o zanedbání zdravotní péče sestrou nebo lékařem nejsou ničím vynímečným. Příčiny selhání v profesní práci zdravotníků mohou být různé, ale v rámci naší práce se budeme zabývat příčinou nekvalitního adaptačního procesu.

Každé zdravotnické zařízení se snaží o získání akreditace, ať národní, nebo mezinárodní. K tomu je potřeba akreditační standardy, které si v oblasti poskytování zdravotní péče zakládají nejen na kvalitě, ale i na bezpečnosti. Z důvodu hlídání bezpečnosti zdravotní péče v nemocnicích se zavádějí programy řízení rizik. Správně zaškolená nová všeobecná sestra je také předpokladem bezpečné a kvalitní zdravotní péče. Proto v rámci programu řízení rizik se nemocnice zabývají adekvátností adaptačního procesu. Odpovědným za vedení tohoto programu je manažer rizik. Ten dohlíží na průběh adaptačního procesu každého zaměstnance a zároveň se podílí na vyhodnocování integrace zaměstnanců na nových pracovních pozicích.

Na řízení rizik se myslí už při výběrů lidských zdrojů. Zodpovědným výběrem nových zaměstnanců podle specifických kritérií lze zabránit následujícím rizikům:²⁰

- násilí na oddělení, demoralizaci existujících zaměstnanců,
- rizikům spojených s nedostatkem nadšení a nízkou výkonností,
- krádežím a škodám z nedbalosti,
- sexuálnímu obtěžování,
- stížnostem klientů,
- finančním ztrátám, podvodům, ztrátám z opakovaného výběru a tréninku nových pracovníků.

²⁰ ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, 2008, s. 79. ISBN 978-247-2616-8

3 Pedagogická složka adaptačního procesu

Ve vyučujícím procesu se prolínají dvě základní činnosti. Jedná se o činnost vyučování a učení se, přičemž jedinec získává nové vědomosti a dovednosti. Úkolem učit je pověřen učitel. V případě zaškolování v rámci adaptačního procesu je rolí učitele pověřen zaměstnanec. Ten předává informace, školí a asistuje novému zaměstnanci. Integraci nově příchozích zaměstnanců mohou vést tři typy pracovníků:²¹

1. Patron/tutor – představuje manažera pro nové zaměstnance a předává mu dovednosti z povolání, informace o kultuře firmy a její vnitřních pravidlech.
2. Lektor – instruuje, předává informace a podává teoretické a praktické instrukce.
3. Kouč/manager – trénuje, podněcuje a vychovává nového pracovníka.

Ve zdravotnických zařízeních může být všemi těmito úkoly pověřena jedna osoba. Důležité je, aby zvládla všechny dimenze a přizpůsobila je novému zaměstnanci. Učení by mělo obsahovat aspekty metodičnosti, soustavnosti a promyšleného postupu.

Učitel se stává vzorem, motivující studenty, zvyšuje jejich zájem a aktivitu ve vykonávané práci. Aby školitel byl dobrým učitelem, musí mít poznatky z didaktiky, různých metod a koncepcí vyučovacího procesu a být odborníkem v oblasti své práce. Didaktika je pojem pocházející z řečtiny a v překladu znamená učit, předávat, vysvětlovat. Didaktika jako věda a součást pedagogiky se zabývá vyučováním, vyučovacím procesem jako výsledkem propojení výchovy a vzdělávání.

Učitelé klinické praxe mají dvojí úlohu. Je to jednak zdravotní péče o pacienty a výuka neboli zaškolování nových zdravotnických pracovníků. Nezávisle na tom, probíhá-li adaptační proces u nemocničního lůžka, v ambulantním či jiném zdravotnickém zařízení „výzvou vždy zůstává docílit rovnováhu mezi odpovědností k pacientovi a využitím klinického rozhodování jako příležitosti k výuce. Dobrý školitel vyučuje především vlastním příkladem“ (VALKOVÁ, 2006, s. 13).

Školení „nováčků“ v zdravotnickém týmu často probíhá v uspěchaném prostředí oddělení, v průběhu pár ušetřených minut, ale každá akutně vzniklá situace může být výukovým materiálem. Školenec přitom pozoruje organizaci práce týmu ve vyhrocených situacích. Takové situace přinášejí příležitost zjistit rozsah vědomostí

²¹ STACKE, É. Koučování pro manažery a firemní týmy, 2005, s. 124. ISBN 80-247-0937-6

školence, poznat mezery v jeho vědomostech. Školitel pak zodpovědně přehodnotí jeho slabiny a jako reakce může být udělení studijního úkolu k doplnění mezer v poznatcích. Rozdílná je jistě výuka absolventky po ukončení studia nebo sestry s praxí v jiném zdravotnickém zařízení. Rozdíly v klinických znalostech musí být respektovány, aby zaškolování bylo efektivní.

Ošetrovatelskou péčí o pacienta vytváří školitel modelovou situací, kterou si školenec odnese do své praxe. Důležité je dávat si pozor na špatné příklady, ke kterým během školení může dojít. Školenec může získat kritický pohled. Školitel pak získá větší respekt, jestliže chybu přizná a otevřeně si o ní se školencem promluví.²²

3.1 „Učitel“ klinické praxe

Dobrý učitel klinické praxe je důstojným reprezentantem svého oboru. Měl by se stát inteligentním průvodcem kandidáta, kterému poskytuje znalosti, dovednosti, poznatky svojí dlouholeté praxe, trpělivost a svůj čas.²³

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky předkládá základní požadavky na školícího pracovníka. Bude se tedy jednat o zaměstnance, který získal:

- Odbornou způsobilost dle zákona 98/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a
- Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, nebo specializovanou způsobilost v daném oboru nebo zvláštní odbornou způsobilost.

Osobnostní vlastností průvodce adaptačním procesem můžeme charakterizovat podle publikace od Stacke, v které se věnuje koučování pro manažery a firemní týmy. Vůdce:²⁴

- zkoumá vizi a to nasloucháním a pozorováním,
- určuje terče a záchytné body stanovením limitů a upevňováním hodnot,
- poskytuje doporučení, čímž podporuje svého školence,
- konstruktivním způsobem kritizuje, přičemž se snaží o vytvoření důvěry,
- rozvíjí schopnosti školence, snaží se ho dynamizovat,
- ponechává prostor i pro děláni chyb ze strany školence,

²² VÁLKOVÁ, L. Manuál praktického lékaře školitele, 2006. s. 13. ISBN 80-7262-448-2

²³ VÁLKOVÁ, L. Manuál praktického lékaře školitele, 2006. s. 19. ISBN 80-7262-448-2

²⁴ STACKE, É. Koučování pro manažery a firemní týmy, 2005. s. 156. ISBN 80-247-0937-6

- praktikuje to, co učí a vede nového pracovníka při získávání jeho prvních pracovních zkušeností.

Působení tutora v adaptačním procesu má následující cíle:²⁵

- obeznámit školence s organizací celého zdravotnického zařízení, informovat je s režimem na oddělení, o možnostech stravování nebo ubytování,
- seznámit kandidáta se specifikami ošetrovatelské péče na daném oddělení, vést ho k vytváření potřebných návyků,
- uvést absolventa do pracovního týmu, pomoci mu začlenit se do mezilidských vztahů na pracovišti, upozornit ho na tradice pracovního kolektivu,
- vést aktivní dialog se školencem, reagovat na jeho otázky,
- sledovat průběh a úspěšnost adaptování nového zaměstnance.

Jak se má školitel na úlohu pedagoga připravit? Školitel musí vědět co učit, jak učit, jak hodnotit vědomosti a dovednosti školence a také hodnotit vlastní pedagogickou činnost. V jednotlivých etapách přípravy jsou úkoly školitele a povinnosti kandidáta odlišné a právě zaškolující musí této odlišnosti zohlednit, přičemž přizpůsobí své požadavky na nového spolupracovníka. Aby školitel zvládnul své úkoly jako profesionál, měl by každý z nich absolvovat speciální kurzy. Konkrétní informace o těchto kurzech si uvedeme v kapitole 3.3.

3.2 Školitel/mentor klinické praxe

Pro sestry, které zodpovídají za vedení praxe studentů škol s různým stupněm vzdělání, existuje vícero pojmenování. Nejvíce se však osvědčil mentor, sestra školitelka nebo edukační sestra. Je to relativně nová, velmi důležitá role sestry, která vede praktickou výuku studentů programu ošetrovatelství přímo u lůžek pacientů a je neodmyslitelnou součástí klinického vzdělávání sester. Uvádí je do poznání oboru prostřednictvím vedení reálných situací na oddělení. Ošetrovatelská praxe probíhající pod vedením mentora je podle provedených studií z oblasti mentoringu mnohem efektivnější, nežli skupinová forma výuky. Tato skutečnost vyplývá například ze studií provedené na Ústavu ošetrovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty v Olomouci. Při formě skupinové výuky jsou studenti vedeni vyučujícím ošetrovatelské praxe z vzdělávací instituce, který není „vžít“ s chodem oddělení. V tom má nevýhodu oproti

²⁵ RYMEŠ, M. Adaptace pracovníků a pracovních kolektivů, 1985, s. 62

mentorovi, který je zaměstnán na daném pracovišti a dovede se orientovat v poskytované péči na oddělení. Sestra školitelka by měla zastávat roli učitelky, poradkyně a vzor při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Kromě vedení odborné praktické výuky studentů zastává mentor svou pevnou pozici i v moderním trendu řízeného adaptačního procesu nově nastupujících sester. V adaptačním procesu se školitel může setkat jednak s absolventkami škol, ale i se sestrami s praxí. Takže se tak setkává se dvěma různorodými skupinami svěřenců a je na jeho odborném posouzení, přizpůsobit své pedagogické působení potřebám jednotlivých kategorií školenců.

Mentor je praktik s vlastní zkušeností v dané oblasti či pozici. Jedná se o poradce, rádce a učitele s částečně osobním přístupem ke svým žákům. Jde o zkušenější osobu, která vede své svěřence v určité oblasti. Učí je vlastním příkladem, dle své nejlepší životní zkušenosti. Ukazuje jim sdílené a osvědčené postupy. Musíme si uvědomit, že mentor neurčuje svému svěřenci cíle. Té si každý určuje sám a školitel nám jenom poskytuje svůj pohled založený na jeho vlastní životní zkušenosti.²⁶

Osobnost dobrého mentora reprezentují stejné vlastnosti jako úspěšného učitele, které jsme už uvedli. Mentor sleduje i stejné cíle. Pomáhá novému spolupracovníkovi jak po stránce odborné, tak i humánní. Usnadňuje mu orientaci v novém sociálním prostředí, v pracovním kolektivu i v celém zdravotnickém zařízení.

Podle Oxfordského výkladového slovníku angličtiny je mentor zkušený a uznávaný poradce. Pojem mentorství se v ošetrovatelské praxi objevuje teprve posledních 30 let. Jeho koncepce se začala formovat po První mezinárodní konferenci o mentorství, které se konalo ve Vancouveru v roce 1980.

Pod pojmem mentoring můžeme rozumět vztah, vyznačující se konstruktivní podporou, povzbuzením k úsilí a pozitivním povzbuzováním pro dosažení cílů. Mentorství je také proces pro neformální předávání zkušeností, vědomostí, sociálního kapitálu a psychosociální podpory. V rámci mentoringu se vedou neformální rozhovory mezi rádcem a chráněncem v průběhu delšího časového úseku.²⁷

²⁶ AUTOR NEUVEDEN. <http://en.wikipedia.org>

²⁷ JAROŠOVÁ, D., DUŠOVÁ, B. Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence. <http://projekty.osu.cz/mentor/olomoucprispevek.doc>

3.3 Vzdělávání mentorů

Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je nezbytná efektivní příprava všeobecných sester už v průběhu studia a zároveň správně vedený adaptační proces nových kolegů v ošetrovatelském týmu. Jednou z možností jak toho dosáhnout je svěřit vzdělávací proces studentů do rukou vyškoleného zdravotnického pracovníka. Současným moderním trendem ve zdravotnictví je školit mentorky klinické praxe a školitelky pracovní adaptace. Všeobecným sestrám, které chtějí vystupovat v roli mentorek nebo školitelek je poskytnuta možnost absolvovat certifikovaný kurz. Kurzy se týkají vzdělávacího programu: Mentor/školitel klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence. Mezi vzdělávací instituce, které organizují tyto kurzy, řadíme například:

- Univerzita Pardubice, Ústav zdravotnických studií;
- Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta;
- Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií;
- Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě.

Podmínky přijetí se mohou mezi institucemi v detailech lišit. Ve všeobecnosti se od budoucích absolventů požaduje registrace dle zákona č. 96/2004, teda Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, který bude vyučovat. Mezi další podmínky přijetí patří odbornost ve své profesi a ošetrovatelská praxe v oboru. Podmínka odborné praxe, konkrétně její délka, se mezi vzdělávacími institucemi liší (požadují jeden až tři roky praxe).

Organizační forma jednotlivých kurzů je odlišná. Abychom získali ucelenou představu o tomto studiu, představíme si program kurzu Ostravské univerzity.²⁸

V rámci Zdravotně sociální fakulty, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence pořádá vzdělávací kurz certifikovaný MZ ČR. Přípravuje zdravotnický profesionály (všeobecné sestry a porodní asistentky) pro vedení odborné praxe studentů oborů Všeobecná sestra a Porodní asistentka. Absolvent kurzu má své uplatnění i v zaškolování nového zdravotnického personálu na oddělení.

²⁸ JAROŠOVÁ, D.; DUŠOVÁ, B. Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence
<http://projekty.osu.cz/mentor/olomoucprispevek.doc>.

Tab. č. 1: Rámcový obsah kurzu tvoří tyto bloky:²⁸

blok	kontaktní hodiny
Úvodní tutoriál (práce s internetem, s e-learningovým prostředím)	3 hod.
I. modul: Organizace studia ošetrovatelství (studium a praxe, legislativa)	7 hod.
II. modul: Ošetrovatelství (filozofie, teorie, ošetrovatelský proces, dokumentování, diagnostika, etika, výzkum, komunikace)	14 hod.
III. modul: Pedagogika (pedagogika, didaktika ošetrovatelské praxe, edukace, portfolio)	7 hod.
Mentorská praxe ve zdravotnických zařízeních	20 hod.

Rozsah kurzu je rozčleněn na 50 hodin kontaktní výuky a 70 hodin samostudia. Časový harmonogram vzdělávacího kurzu Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence vychází přibližně na tři měsíce. Blokova výuka, tedy kontaktní hodiny jsou v rozsahu čtyřech dnů po šesti až osmi hodinách zpravidla ve stanovený den v týdnu.

Závěrečná zkouška se skládá z povinnosti vypracovat a předložit portfolio mentora a zpracování a obhajoba ošetrovatelské kazuistiky u vybraného klienta (2000-3000 slov). Úspěšní absolventi kurzu obdrží certifikát MZ ČR o absolvování studia. Certifikát je platný v rámci České republiky.

Motivačním prvkem k přihlášení se do kurzu je i možnost získání kreditů. Konkrétně za absolvování kurzu na Ostravské univerzitě všeobecná sestra nebo porodní asistentka získá 30 kreditů. Ceny kurzů se pohybují od 1000 Kč až 5000 Kč.

Od posluchačů kurzů pro mentory klinické praxe se očekává systematické vedení odborné praxe odborníkem daného oddělení s cílem vytvářet pozitivní klima pro studenty, absolventy škol jako i pro nově nastupující pracovníky na jednotlivých odděleních. V rámci vedení praktické výuky vysokoškolských studentů mohou nahradit nepřítomnost magistry – asistentky ústavu. V tom případě odpovídají za vedení výuky v souladu s učebním plánem. Vedou, hodnotí a motivují studenty. Zároveň mohou vést bakalářské práce studentům a společně s asistentkami ústavu provádět závěrečné hodnocení odborných praxí studentů.

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence Ostravské univerzity vypracoval Průvodce pro mentora klinické praxe, popis role i povinnosti mentora a studenta.

4 Faktory pracovní integrace ve zdravotnictví

Povolání všeobecné sestry patří z hlediska odborné přípravy a profesionality mezi nejnáročnější povolání, při kterém se pracuje s nemocnými lidmi. Ve zdravotnictví je v současnosti kladen velký důraz na dodržování žádoucích forem jednání s nemocnými i se spolupracovníky. Očekává se, že zdravotník zvládne odborné činnosti, práci s moderní technikou, administrativní činnosti a současně zvládá fyzickou i psychickou zátěž práce. Všeobecná sestra by měla zvládnout vést správným směrem prožívání a jednání nemocných a zároveň se každodenně vypořádat s osobními problémy bez újmy na pracovní profesionalitě. To všechno řeší sestry v intenzivní péči v dvousměnném provozu v rámci své specializované jednotky. Uvedené požadavky jsou velmi náročné na osobnost sestry, její profesionální přípravu, styl práce i života a duševní rovnováhu.

Úroveň adaptace a její celkový průběh je závislý jak na subjektivních předpokladech školitele a školícího se, tak na objektivním pracovním prostředí a charakteru práce.

Rymeš ve své publikaci – Adaptace pracovníků a pracovních kolektivů (1985, s. 46 - 53) rozdělil faktory na subjektivní – vnitřní, představující individualitu osobnosti člověka. Mezi vnější, neboli objektivní faktory zařadil pracovní klima a podmínky, ve kterých začíná nový zaměstnanec pracovat. Podrobně je rozvádíme viz. subjektivní a objektivní faktory.

1. subjektivní faktory:

- odborná připravenost objektu adaptace v teoretické i praktické oblasti,
- výkonová připravenost v podobě fyzické a psychické zdatnosti, životního stylu i návyků zaškolujícího se,
- jeho črty osobnosti,
- hodnotová orientace,
- motivace,
- a postoj k vykonávané práci a pracovnímu prostředí.

2. objektivní faktory:

- pracovní prostředí (osvětlení, hluchost na pracovišti, klimatizace, ...),
- technické vybavení oddělení;
- sociální vybavenost pracoviště (šatny, sprchy, toalety, ...),
- management (kvalifikace vedoucího pracovníka, jeho schopnost propojení ekonomické, společenské a organizační funkce),

- organizace práce (uplatňování standardů, plnění plánů činnosti všeobecných sester),
- soukromý život zaměstnance (rodinné vztahy, komunita, ve které jedinec žije, ...)
- sociální klima.

V rámci této kapitoly se budeme zabývat některými uvedenými faktory. Na faktory jsme se cíleně ptali i respondentů v našem výzkumu v rámci diplomové práce a pozornost budeme věnovat i některým z nich a to interpersonálním vztahům, potřebě technické zručnosti, fyzické/psychické zátěží, náročnosti převážně asistence při diagnostických a terapeutických výkonech apod.

4.1 Osobnost objektu adaptačního procesu

Osobnost zdravotníka byla historicky ovlivněná a tento vývoj poznamenal jak obsah činnosti sestry, tak prestiž profese. Pohled na povolání sestry ovlivňuje i současné sociální prostředí, které často profesi sestry podhodnocuje. Společnost oceňuje význam jednotlivých profesí, ale také ovlivňuje jejich pojetí. Pod vlivem etických norem jsou společnosti předkládané základní dokumenty, napomáhající zkvalitnit činnost zdravotníků. Mezi tyto dokumenty řadíme „Etické kodexy zdravotních sester a ošetřovatelek“, „Etický kodex České lékařské komory“, „Etický kodex práv pacientů“.²⁹

Osobností školitele jsme se zabývali v třetí kapitole. Co se týká charakteristiky studenta, respektive školícího se zaměstnance vycházíme ze Sborníku příspěvků IV. Slezské vědecké konference ošetřovatelství z května 2009. PhDr. Zeleníková ve svém příspěvku o mentoringu v procesu vzdělávání sester udává typologii studentů podle stupně výkonu v klinické praxi. Charakteristiky jsou upravené podle O'Connor (Clinical Instruction and Evaluation: A Teaching Resource, 2006).

Typologie studentů:³⁰

Samostatný:

- pod dohledem, bez podpory mentora vykonává úkoly bezpečně a přesně,
- je zručný, úkoly zvládá za relativně krátký čas,
- při své práci působí uvolněně a sebejistě,
- aplikuje teoretické vědomosti do své praxe,

²⁹ ZACHAROVÁ, E. et al. Zdravotnická psychologie, 2007. s. 63. ISBN 978-80-247-2068-5

³⁰ ZELENÍKOVÁ, R. Mentoring v procese vzdelávania sestier
http://www.fvp.slu.cz/uo/sborniky/Sbornik_2009.pdf

- při poskytování zdravotní péče se zaměřuje na pacienta.

Pod dohledem:

- pod dohledem vykonává svou práci bezpečně a přesně,
- u výkonu občas vyžaduje pomoc nebo instrukci,
- koná koordinovaně, ale vynakládá nadbytečnou energii při výkonu práce,
- při některých výkonech působí nejistě,
- aplikuje teoretické vědomosti ve své práci s občasným podnětem,
- při poskytování náročné ošetrovatelské péče přeorientovává svou pozornost z pacienta na výkon.

S pomocí:

- pod dohledem vykonává své úkoly přesně a opatrně,
- při výkonech potřebuje často pomoc a instrukce,
- objevuje se u něj nedostatek zručnosti a nešikovnost v některých aktivitách,
- na výkony potřebuje více času,
- má špatnou techniku plánování a tím ztrácí vnitřní energii,
- umí si určit zásady, ale potřebuje usměrnit a pomoc s jejich uplatněním,
- zaměřuje svou pozornost na výkony a na vlastní konání, ale ne na pacienta.

Provizorní:

- pod dohledem a kontrolou vykonává úkoly bezpečně, ale ne vždy přesně,
- při své práci potřebuje trvalou podporu a instrukce,
- má nedostatek zručnosti a většinou nekoordinované konání,
- pracuje se zpožděním, činnosti jsou přerušované, nebo nedokončené,
- ztrácí energii přes nezpůsobilost,
- jeho zásady jsou neadekvátní,
- nikdy nezaměřuje svou pozornost na pacienty.

Závislý:

- nespolehlivý při výkonu ošetrovatelské péče,
- vyžaduje trvalou podporu a instrukce,
- chybí mu zručnost a schopnost zorganizovat svou práci,
- je neproduktivní a neschopný,
- bez zásad, které by uplatňoval,
- často nedokončí úkol,
- zaměřuje se jenom na svoje úkoly a konání.

Osobnostní předpoklady k výkonu zdravotnického povolání nacházíme ve Zdravotnické psychologii od Zacharové a kol. Zformulovala je do následujících faktů:³¹

- tvořivost při řešení svěřených úkolů, při vnímání a realizaci nových podnětů,
- přiměřená kritičnost a sebekritičnost,
- vhodné projevy empatie a schopnost porozumět problémům pacientů,
- vhodné vystupování- klidné, rozvážené s přiměřeným sebevědomím, trpělivost a schopnost se ovládat,
- smysl pro humor, ale ne přehnaný optimizmus. Je vhodné se smát s pacientem, ne pacientovi.
- smysl pro povinnost a odpovědnost při práci s lidmi,
- humánní vztah k nemocným jako projev vyrovnanosti a zralosti.

Sebevýchova zdravotnických pracovníků směřuje k vývoji harmonické osobnosti s odbornými vědomostmi k výkonu tohoto zodpovědného povolání.

4.2 Motivace u všeobecných sester

„Motivace je proces, který určité, byť složité jednání člověka vyvolává, udržuje (energetizuje) a posléze – po uspokojení dané potřeby (dosažení cíle) – ukončuje“ (VYMĚTAL, 2003, s. 74). Přičemž Vymětal (2003. s. 73) potřebu chápe jako něco, co člověk s různou mírou nutnosti potřebuje ke svému přežití.

Motivace je nejsložitějším interakčním faktorem, ovlivňujícím výkon zaměstnanců na pracovišti. V současné době pracují ve zdravotnictví dvě rozdílné generace sester a každou z nich připravila jiná doba. Generační rozdíly mezi sestrami nám dokazují, že jednotlivci vnímají stejnou situaci jinak a to na základě různého myšlení, postojů a hodnot, vytvářených v průběhu své profesní praxe. Starší generace nebyla v procesu adaptace na změny pod takovým tlakem jako dnešní generace, která musí stíhat rychle přicházející změny. Dnes pracují sestry bok po boku, ale mají různá očekávání od zaměstnavatele. Starší generace se orientuje k cílům definovaným jejich rolí. Tyto cíle souvisejí s prací, kterou vykonávají. Druhá skupina sester se orientuje také na cíle související s rolí sester, ale zároveň očekává i naplnění osobních cílů. Dané rozdíly mohou být zdrojem konfliktů v kolektivu sester. Deficit v dosahování cílů má za následek destrukci motivace všeobecných sester ve své profesi.³²

³¹ ZACHAROVÁ, E. Zdravotnická psychologie, 2007. s. 63. ISBN 978-80-247-2068-5

³² GROHAR – MURRAY, DI-CROCE. Základy vedení a řízení, 2003. s. 202. ISBN 80-247-0267-3

Herzberg zpracoval dvou faktorovou teorii motivace v pracovním prostředí, ve kterém existují dvě oddělené skupiny faktorů. Tyto skupiny faktorů označil jako motivující a udržovací. Udržovací - hygienické faktory nazývá také jako neuspokojovatele. Jedná se o vnější vlivy, které souvisí s výší platu, jistotou v zaměstnání, pracovními podmínkami, politikou zaměstnavatele a s interpersonálními vztahy na pracovišti. Negativní vnímání těchto faktorů ze strany zaměstnance vyvolává jeho nespokojenost. Ke zlepšení výše uvedených faktorů nevede zvýšení motivace. Vyznačují se jenom neutrálním stavem ze strany zaměstnance. Motivační faktory nazývá jako uspokojovatele, vycházející z vnitřních vlivů. Ty souvisí s pracovní náplní a jsou silnými stimuly k seberealizaci. Mezi motivační faktory řadíme: povahu práce, pocit úspěchu, uznání, zodpovědnost a autonomie.³³

Motivace zaměstnance je vysoká, má-li velkou šanci získat za svou práci adekvátní odměnu. Teorii očekávání, definované jako spojení snaha – výkon, lze v ošetrovatelství pozorovat v situaci, kdy sestra očekává na své jednotce více odpovědnosti. Příkladem může být snaha sestry řídit nástupní praxi nových absolventek na konkrétním oddělení místo vrchní sestry. Pokud dojde k dohodě, může si sestra navrhnout časový plán. Pokud dojde i k dohodě o zvýšení platu za přidání povinností, pocit uspokojení u sestry nepochybně stoupne.³¹

Člověk si volí povolání zdravotníka z různých důvodů. V roce 1992 se v letním semestru uskutečnil anonymní průzkum na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Studenti 3. ročníku medicíny se písemně vyjadřovali k tématu: proč si vybrali studium medicíny? Odpovědi studentů byly velice výstižné a podle mého názoru jsou důvody výběru povolání všeobecné sestry obdobné.

Mezi respondenty převažovaly odpovědi typu:

- snaha pomáhat druhým – altruismus,
- prestižnost a atraktivnost povolání,
- osobní negativní zkušenost s nemocí nebo smrtí v blízkém okolí,
- ctižádost, snaha vyniknout,
- zájem o přírodovědný obor.

³³ GROHAR- MURRAY, DI-CROCE. Základy vedení a řízení, 2003, s. 204. ISBN 80-247-0267-3

4.3 Fyzická/psychická zátěž

Při výkonu povolání sestry, zejména na jednotkách intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitačních odděleních jsou na jedince kladené vysoké fyzické i psychické nároky. Zdravotničtí pracovníci jsou ohroženi různými škodlivými vlivy, které ohrožují jejich zdraví. Tyto vlivy by se neměly podceňovat, neboť jejich základní charakteristiky jsou nenápadnost a dlouhodobé působení. Přehlížením zdravotních rizik jsou ohrožené mnohem častěji mladé sestry, které přeceňují svou fyzickou zdatnost, aby ušetřili čas. Nejčastější rizika fyzického poškození jsou:

Manipulace s pacienty

Při práci na koronární jednotce intenzivní péče sestra pečuje o pacienty, ohrožených selháním základních životních funkcí. Nemocní jsou ve většině případů upoutáni na lůžku, s omezenou možností mobilizace v důsledku zajištěných invazivních vstupů. Pacienti na umělé plicní ventilace jsou tlumení a relaxovaní a jejich mobilizaci mají plně v rukou sestry. Pojem „mobilizace pacientů“ zahrnuje veškeré činnosti, které sestra provádí při zvedání, přenášení, přemísťování a polohování pacienta. Je důležité, aby sestry měly vědomosti o správném postupu mobilizace pacientů, bezpečném jak pro pacienta, tak pro sestru. Základním pravidlem je vyhýbat se pohybu, při kterém zvedáme pacienta vertikálně. Dále správným využitím vlastního těla a nezbytným používáním pomůcek a techniky, ulehčující manipulaci s nemocným.³⁴

Sestra však musí umět požádat o pomoc kolegy. K tomu je potřeba dostatečné personální vybavení jednotky. Personální obsazení podle Světové zdravotnické organizace vyžaduje 1,5 – 2 sestry na jedno lůžko, staniční sestru, sanitářku na 4 lůžka a pomocníky. Je řada způsobů hodnocení vytíženosti jednotky intenzivní péče. V současné době se používá bodovací systém TISS (Therapeutic Intervention Scoring System), ve kterém se bodují jednotlivé výkony za 24 hodin³⁵ (Příloha č. 3).

Práce s toxiny, léky a zářením

Při své práci se dostáváme do kontaktu s různými chemikáliemi, obsažených i v lécích a dezinfekčních prostředcích. Proto je zde vždy možné riziko vzniku profesionální dermatitidy nebo různého rozsahu poškození zdraví v důsledku nesprávné manipulace s toxickými látkami. Sestra by měla být seznámená s potencionálním nebezpečím, jak správně manipulovat s nebezpečnými látkami a jak se může poškození

³⁴ STAŇKOVÁ, M. Sestra- reprezentant profese, 2002, s. 66-68. ISBN 80-7013-368-6

³⁵ VÍTOVEC, J.; ŠPINAR, J. Intenzivní péče v kardiologii, 1994, s. 8. ISBN 80-7013-170-5

zdraví projevit. S chemickými látkami se dostáváme do přímého kontaktu vdechnutím ve formě prachu, vstřebáním přes kůži, spolknutím nebo při kontaktu s očima.³⁶

Mezi projevy působení toxinů patří bolesti hlavy, kožní projevy, nevolnost. Při dlouhodobém působení mají za následek spontánní potraty, neplodnost, onemocnění srdce, jater, plic, ledvin až maligní onemocnění. Dermatitida se projevuje podrážděním až zánětem kůže.³⁴

Co se týká ohrožení zdraví sester při manipulaci s léky, jedná se hlavně o cytostatika. Pro manipulaci s cytostatiky platí přesné předpisy. Pracoviště musí být vybaveno digestořemi, které minimalizují nebezpečí aerosolů a ochrannými pomůckami pro sestry. Sestry musí být pod nepřetržitou lékařskou kontrolou.³⁴

Sestra na koronární jednotce je vystavovaná občasným nízkým dávkám záření. Nejčastěji se jedná o radioizotopy, RTG paprsky při snímkování pacienta nebo při asistenci k zavádění dočasné kardiostimulace.

Negativní účinky vyšších dávek a dlouhodobého působení záření spočívá v riziku popálenin, vzniku katarakty, sterility, nádorových onemocnění a genetických abnormalit plodů. Ochrana před negativními účinky spočívá v:³⁷

- absolvování školení o rizicích ve spojitosti se zářením a poučení o postupu při urgentních situacích,
- nošení dozimetru na rentgenovém pracovišti,
- dodržovat předepsanou vzdálenost, čas a ochranné bariery před paprsky.

Riziko infekce

Při poskytování ošetrovatelské péče je sestra v těsném kontaktu s infekčními pacienty. Manipulují s biologickým materiálem nemocného, převazují jeho otevřené rány, manipulují s pacientem při hygieně s jeho lůžkovinami a tím jsou infekcí značně ohrožené. Prevence přenosu infekce z pacientů na zdravotnický personál se řídí následujícími pravidly:³⁸

- na pracovišti se dodržují hygienické předpisy a na jejich dodržování dohlíží hygienik nebo nemocnicí vyčleněná sestra,
- mytí rukou by se měl stát profesionálním návykem personálu,
- zacházet s veškerým biologickým materiálem jako s potencionálně infekčním,

³⁶ STAŇKOVÁ, M. Sestra- reprezentant profese, 2002, s. 68-70. ISBN 80-7013-368-6

³⁷ STAŇKOVÁ, M. Sestra- reprezentant profese, 2002, s. 70. ISBN 80-7013-368-6

³⁸ STAŇKOVÁ, M. Sestra- reprezentant profese, 2002, s. 71. ISBN 80-7013-368-6

- opatrnost při manipulaci s ostrými předměty, nástroji a jehlami a případné poranění hlásit nadřízenému,
- používání ochranných oděvů snižuje riziko přenosu infekce, ale nelze se na ně úplně spolehnout.

Nová sestra, která přichází na jednotku intenzivní péče, se kromě stresu z procesu adaptace musí vypořádat i se širokou škálou pacientů v různém psychickém rozpoložení. Rozsáhlou skupinu nemocných tvoří chroničtí pacienti, nemocní s akutně vzniklým srdečně – cévním onemocněním. I sestra na jednotce pro dospělé se může potkat s pacientem – adolescentem. Dále jsou to kandidáti na čekací listině k transplantaci, pacienti v terminálním stadiu nemoci, ale i příbuzní nemocných a pozůstalí. V této široké škále jedinců nacházíme projevy hněvu, deprese, agresivity, zoufalství i naděje a sestra musí správně zhodnotit svou reakci a komunikaci s konkrétním pacientem. To pro sestru není lehký úkol a v dvousměnném dvanáctihodinovém provozu je to pro sestru psychicky vyčerpávající.

V rámci psychické zátěže kladené na všeobecné sestry se v současné době čím dál tím více mluví o syndromu vyhoření, který je spojen i s fyzickým vyčerpáním jedince. Příčiny vzniku vyplývají ze zvyšujících se nároků na sebe, nevěle požádat o pomoc, stres, konflikty, tlak na sociální roli sestry, nedostatek sociální podpory, pracovní rutina, nedostatečná zpětná vazba, směnný provoz, přesčasy a akutní příjmy. Jako projevy syndromu můžeme na sestře pozorovat ztrátu zájmu o své povolání, ztráta zodpovědnosti, nezáměr o soukromý život, neschopnost empatie, negativní pohled na všechno kolem sebe, emocionální nestabilita, fyzická únava a často sklon k abúzům. Důležitá je prevence syndromu vyhoření, aby se předešlo poskytování nekvalitní ošetrovatelské péče a konfliktům v kolektivu. Prevence ze strany zaměstnance:³⁹

- zdravá životospráva,
- rovnováha mezi odpočinkem a aktivitou,
- budovat si kvalitní sociální vztahy,
- věnovat se koníčkům, zálibám,
- podělit se o své emoce s blízkými osobami,
- snažit se o celoživotní vzdělávání,
- držet náročné situace pevně v rukou,
- vnímat změnu jako výzvu,
- v případě potřeby vyhledat pomoc.

³⁹ STAŇKOVÁ, M. Sestra- reprezentant profese, 2002, s. 72-74. ISBN 80-7013-368-6

Prevence ze strany zaměstnavatele:³⁷

- zajistit jednotku dostatkem pomůcek, prádlem,
- správným osvětlením,
- prostor a čas na přestávky v průběhu pracovní doby,
- správná organizace práce,
- dodržování hygienických předpisů,
- požadovat po zaměstnanci přiměřený pracovní výkon.

4.4 Interpersonální vztahy

Personální vztahy na pracovišti mají pro každou organizaci mimořádný význam. Kvalitní pracovní vztahy tvoří jeden ze základů při dosahování cílů nejen organizace, ale i pracovních a osobních cílů zaměstnance. Jedná se o vzájemnou interakci mezi spolupracovníky, kteří uznávají společné hodnoty. Jejich vztah je založen na důvěře, toleranci, porozumění a komunikaci. Korektní a harmonické mezilidské vztahy vytváří na pracovišti produktivní klima, které stimuluje individuální, kolektivní i celooorganizační výkon. Pracovní vztahy ovlivňují všechny personální činnosti a ve většině případů determinují jejich efektivnost.⁴⁰

Ve většině nemocnic je organizační struktura služeb na jednotkách intenzivní péče řešená tak, že se slouží v pracovních skupinách. „Členy některých sociálních skupin se stáváme automaticky např. momentem narození, do jiných vstupujeme na základě svého dobrovolného rozhodnutí. Přesto existují i situace, které jsou jistou kombinací dobrovolného a automatického členství ve skupině“ (BEDRNOVÁ, NOVÝ, 1998, s. 84). A právě kombinace dobrovolného a automatického členství je podle mého názoru i zařazení nové sestry do konkrétní pracovní skupiny. Sestra si může požádat o přeřazení do jiné pracovní skupiny (většinou s udáním důvodu) a staniční sestra by se její žádosti správně měla zabývat. Vidím to jako jeden z důvodů předcházení konfliktu na oddělení. Při vytváření pozitivních pracovních vztahů sehrává právě staniční sestra jako „nejbližší“ nadřízený sestry v horizontální hierarchii nadřízených, nejdůležitější úlohu. Působí hlavně v oblasti komunikace mezi spolupracovníky a v problematice řešení konfliktů na pracovišti.

Efektivní komunikace je neodmyslitelnou součástí optimálních pracovních podmínek. Profesionálně vedená komunikace napomáhá zdravotníkům vytvářet důvěryhodný vztah s pacientem. Správně vedená komunikace na profesionální úrovni je

⁴⁰ KOUBEK, J. Řízení lidských zdrojů, 2002, s. 367. ISBN 80-7261-033-3

zároveň prevenci konfliktů mezi spolupracovníky na pracovišti. Dále je vytvoření komunikačního kanálu mezi všeobecnými sestrami předpokladem pro odevzdání profesních zkušeností a dovedností novým kolegům.

4.5 Sestra a diagnostické/terapeutické výkony

Na koronární a interní jednotce intenzivní péče se setkáváme s pacienty, u kterých je diagnostikováno srdečno-cévní a interní onemocnění. V mnoha případech se jedná o sekundy při záchraně života pacienta, proto je nezbytné, aby se lékař mohl spolehnout na sestru. Správně vyškolená sestra musí umět asistovat a v některých případech i sama provádět vyšetřovací postupy a výkony, prováděné na jednotce intenzivní péče. K tomu je potřeba znalosti a dovednosti z obsluhy technického vybavení počnouc elektrografickým přístrojem, přes monitory, defibrilátory až po přístroje pro umělou plicní ventilaci nebo dialyzační přístroj a mít znalosti z fyziologických hodnot laboratorních parametrů. Sestra nezodpovídá za technickou údržbu ani za nastavení přístroje jako je ventilátor pro UPV, intra-aortální kontrapulzaci, dialyzační přístroj. No měla by ovládat základní obsluhu přístroje, mít znalosti o alarmech a vědět kontakt na osobu, zodpovídající za technický stav přístroje. Ke každému přístroji musí být na jednotce manuál buď ve vytištěné podobě, nebo na intranetu v elektronické formě. Každopádně musí být přístupný každému. Myslím si, že je nejlepší řešení vytištěný manuál u přístroje spolu s dokumentací o jeho kontrole funkčnosti, která se provádí podle standardu na konkrétním pracovišti.

Není v mé moci uvést každý diagnostický a terapeutický výkon, s kterým se sestra na koronární a interní jednotce intenzivní péče setká. Kromě toho to není hlavní zaměření této diplomové práce. Proto rozvádím jenom té, které jsou podle mého názoru nejobecnější.

Monitorování elektrokardiografické křivky

Umožňuje sledovat srdeční aktivitu pacienta po dobu 24 hodin denně. Je základní podmínkou intenzivní péče, která umožňuje včasnou intervenci při výskytu arytmií. Monitor u lůžka pacienta je v současné době multifunkční a umožňuje kromě EKG křivky monitorovat i další parametry (krevní tlak, dechovou frekvenci, saturaci kyslíkem atd.) a připojení dalších monitorovacích systému.⁴¹

⁴¹ KOLÁŘ, J. Kardiologie pro sestry intenzivní péče, 2009, s. 97. ISBN 978-80-7262-604-5

Invazivní vstupy

Sestra na intenzivní jednotce se setkává se zajištěním periferního žilního katétru - PŽK, centrálního žilního katétru - CŽK, se Swan-ganzovým katétrem, s arteriálním přístupem nebo s dialyzačním katétrem. Povinnosti sestry je umět připravit pomůcky k zajištění invazivního vstupu do lidského těla, připravit pacienta na terapeutický výkon, asistence lékaři a následná péče o invazivní vstupy. Péče spočívá v denním sterilním převazu vstupů a kontrolou jeho funkčnosti a místa okolí. Při zajištění invazivních vstupů musí sestra ovládat postupy při měření centrálního žilního tlaku, hodnoty hemodynamických parametrů, invazivní měření krevního tlaku, napojení dialyzačního katétru na dialyzační set a mít znalosti o podávání léků parenterální cestou.⁴²

Elektrická kardioverze

Je léčebná metoda arytmií elektrickým výbojem z defibrilátoru. Na rozdíl od defibrilace není kardioverze neodkladný výkon. Důležitá je příprava pacienta (4 hodiny před výkonem lačný) a pomůcek (defibrilátor s příslušenstvím, intubační set, odsávačka, ruční dýchací vak, zdroj kyslíku, léky k anestezii).⁴³

Asistence sestry: pacienta napojit na monitor, změřit fyziologické funkce, natočit dvanáctisvodové EKG, zajistit žilní vstup, nabrat krev a připravit defibrilátor a léky k podání. Po kardioverzi opět natočit dvanáctisvodové EKG, sledovat fyziologické funkce až do stabilizace stavu pacienta.⁴¹

Dočasná kardiostimulace

Jde o zevní stimulaci myokardu při síňokomorových blokáдах, tachykardicko-bradykardické formě syndromu chorého sinusu nebo při tachyarytmii. Elektrody se zavádějí pod rentgenovou kontrolou přes v. subclavia nebo v. jugularis interna do myokardu a elektrody se napojí na zevní kardiostimulátor. Sestra asistuje lékaři, připraví pacienta, pomůcky a sleduje fyziologické funkce u nemocného. Jedná se o invazivní vstup, takže péče o něj je obdobná jako u ostatních invazivních vstupů. Důležité je dbát na bezpečí pacienta i zevního kardiostimulátoru aby nedošlo k jeho dislokaci.⁴⁴

Endotracheální intubace

Jedná se o výkon, při kterém se snažíme zajistit průchodnost dýchacích cest v případě resuscitace a nutnosti umělé plicní ventilace (UPV). Úkolem sestry je zajistit vhodnou

⁴² KOLÁŘ, J. Kardiologie pro sestry intenzivní péče, 2009, s. 99-103. ISBN 978-80-7262-604-5

⁴³ KAPOUNOVÁ, G. Ošetřovatelství v intenzivní péči, 2007, s. 269. ISBN 978-80-247-1830-9

⁴⁴ KOLÁŘ, J. Kardiologie pro sestry intenzivní péče, 2009, s. 104. ISBN 978-80-7262-604-5

polohu pacienta, příprava pomůcek a následná asistence při intubaci. Po intubaci musí endotracheální kanylu fixovat, napojit ji na dýchací okruh ventilátoru a kontrolovat fyziologické funkce u pacienta. Úspěšnou intubaci zajištění pacienta se zástavou nebo fibrilaci komor nekončí. Sestra musí mít dovednosti a zručnosti i z nepřímé srdeční masáže a manipulaci s defibrilátorem. Po intubaci a ukončené resuscitaci zkompletuje použitý set. Sestra na jednotce intenzivní péče by měla ovládat základy jednotlivých režimů UPV a hlavně identifikovat příčiny alarmů na monitoru ventilátoru. Sestra se může na intenzivní jednotce setkat i s dalšími možnostmi zajištění dýchacích cest jako je tracheostomie, koniotomie, koniopunkce. S neinvazivními postupy jako je vzduchovod, kombirourka, laryngální maska a další se na intenzivní jednotce často nesetkáváme.⁴⁵

Všeobecné sestry na koronárních a interních jednotkách se zaměřením na srdcovo-cévní onemocnění se setkávají i s péčí o pacienty po koronarografii - SKG, s intraaortální kontrapulzací - IABK, o pacienty na kontinuální eliminační metodě (nejčastěji CVVH), o pacienty po resuscitaci, kde se využívá metoda chlazení organismu pomocí přístroje – Blanketrol apod. Povinnosti sester je znát standardy ošetrovatelské péče o pacienty, při kterých jsou využívány výše vzpomenuté diagnostické a terapeutické postupy a řídit se standardy při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

⁴⁵ KAPOUNOVÁ, G. Ošetrovatelství v intenzivní péči, 2007, s. 215-220. ISBN 978-80-247-1830-9

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Cíle a hypotézy výzkumu

Hlavní cíl:

Zjistit, jakým způsobem probíhá adaptační proces na jednotkách intenzivní péče v různých zdravotnických zařízeních.

Dílčí cíle:

Zjistit, zda stupeň dosaženého vzdělání všeobecných sester hraje roli v délce nástupní praxe v zdravotnických zařízeních.

Zjistit, zda jsou všeobecné sestry v průběhu adaptačního procesu zaškolované přiděleným školitelem/mentorem.

Zjistit, zda nemocnice akceptují délku adaptačního procesu všeobecných sester, navrhanou Ministerstvem zdravotnictví České republiky dle metodického pokynu k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky ze dne 29. 7. 2009.

Zjistit, zda všeobecné sestry vyjadřují spokojenost s teoretickým a praktickým obsahem školení nemocnic v rámci vzdělávání v průběhu adaptačního procesu.

Identifikovat negativní faktory působící na zvládání stresu v procesu adaptace všeobecných sester na novém pracovišti.

Hypotézy:

Předpokládám, že více než 75% zdravotnických zařízení nedělá rozdíly v délce trvání adaptačního procesu všeobecných sester v závislosti na stupni jejich nejvyššího dosaženého vzdělání.

Předpokládám, že ve více než 80% případů je zaškolujícím pracovníkem nových všeobecných sester vedoucí směny.

Předpokládám, že ve více než 90% případů adaptačního procesu všeobecných sester, nemocnice akceptují jeho dobu trvání, navrhovanou Ministerstvem zdravotnictví v metodickém pokynu o realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

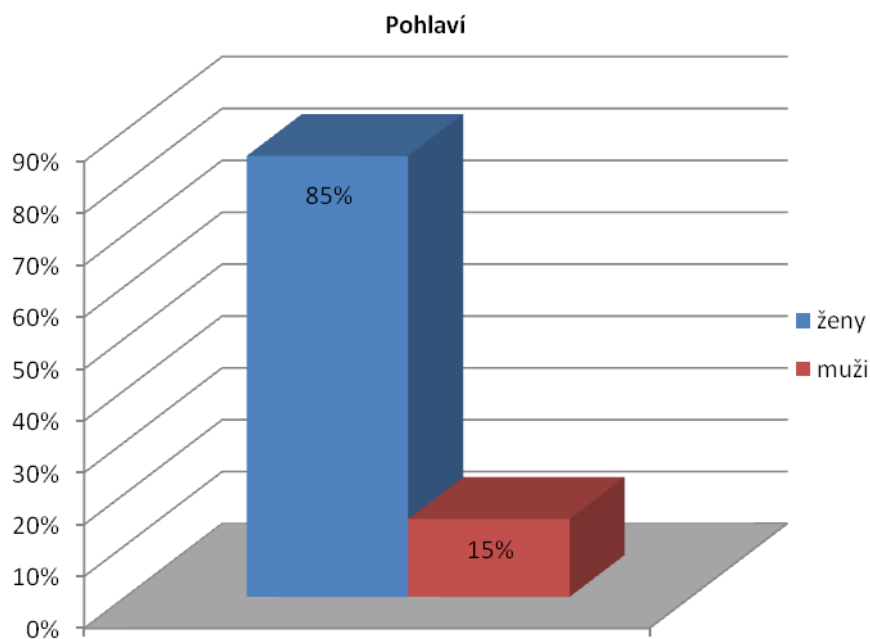
Předpokládám, že více než 60% všeobecných sester vyjadřuje spokojenost s teoretickým obsahem výuky v rámci vzdělávání v průběhu adaptačního procesu.

Předpokládám, že méně než 55% všeobecných sester vyjadřuje spokojenost s nácvikem praktické zručnosti ve vzdělávacích programech zdravotnických zařízení v rámci adaptačního procesu.

Předpokládám, že více než 60% respondentů našeho výzkumu uvádí interpersonální vztahy za jeden z nejpodstatnějších faktorů ovlivňujících zvládání stresové zátěže při procesu adaptace na novém pracovišti.

6 Výsledky dotazníkového šetření

Položka č. 1: Pohlaví



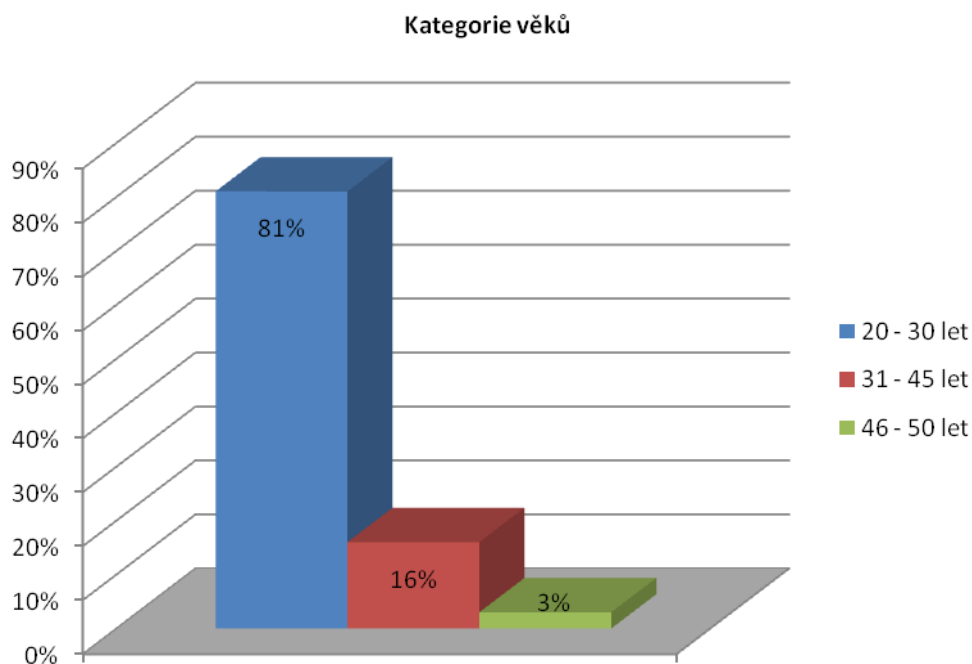
Graf č. 1: Pohlaví

Tab. č. 2: Pohlaví respondentů

pohlaví	A. Č.	R. Č.
žena	93	85%
muž	17	15%
celkem	110	100%

V této položce měli respondenti označit své pohlaví. Výzkumu se účastnilo 93 žen, tj. 85% a 17 mužů což činí 15% z celkového množství respondentů 110 (100%).

Položka č. 2: Věk



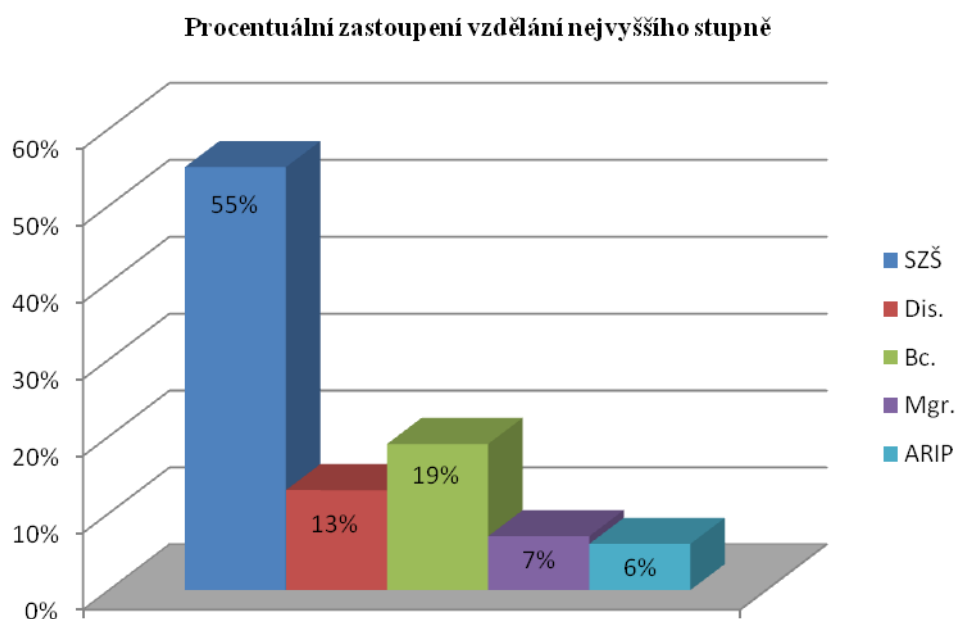
Graf č. 2: Kategorie věků

Tab. č. 3: Věkové kategorie respondentů

	A. Č.	R. Č.
20 – 30 let	89	81%
31 – 45 let	18	16%
46 – 60 let	3	3%
celkem	110	100%

V dotazníku se měly všeobecné sestry začlenit do věkové kategorie, do které spadají. Největší zastoupení měla kategorie od 20 až do 30 let, kde se objevilo 89 respondentů, tedy 81% z celkového množství 100%. Druhou nejčetnější skupinou byla kategorie od 31 do 45 let. Jedná se o soubor 18 lidí, 16% z celkového počtu respondentů 110 (100%). Do rozmezí 45 až 60 let se zařadily 3 všeobecné sestry (3%). V položce jsem využila kategorizaci věku dle bio-psycho-sociálního vývinu z vývojové psychologie, kde je použito jenom členění dospělého věku, vyhovujícího mému výzkumu.

Položka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



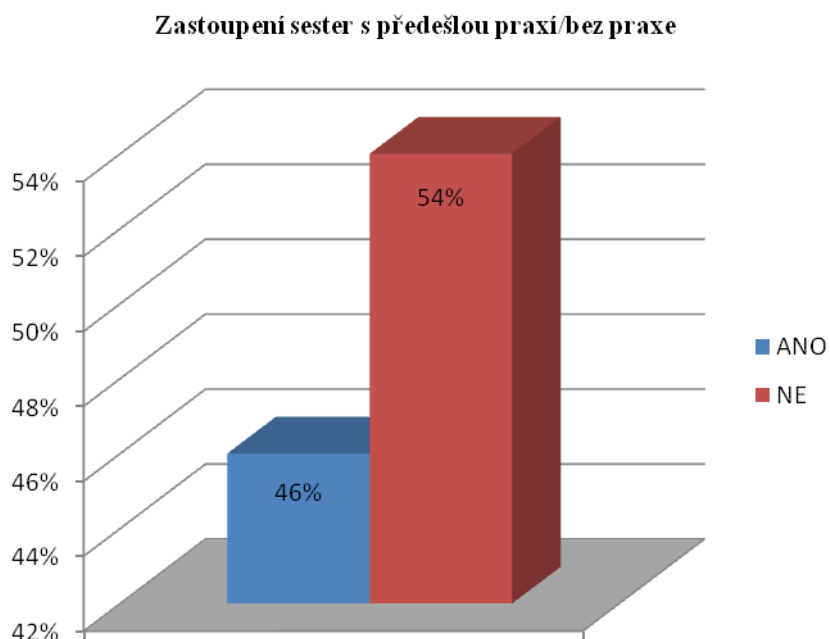
Graf č. 3: Procentuální zastoupení vzdělání nejvyššího stupně

Tab. č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	A. Č.	R. Č.
SZŠ	60	55%
Dis.	14	13%
Bc.	21	19%
Mgr.	8	7%
ARIP	7	6%
celkem	110	100%

Z celkového počtu dotazovaných převažovaly především všeobecné sestry se středoškolským odborným vzděláním (SZŠ) – 60 respondentů (55%). Druhou nejčetnější skupinu tvořilo 21 všeobecných sester (19%) s vysokoškolským bakalářským vzděláním. Navazující magisterské studium absolvovalo 8 dotazovaných (7%). Ve 14 případech (13%) uvedly za nejvyšší dosažené vzdělání vyšší zdravotnickou školu, tedy absolvování oboru Diplomovaná sestra. 7 všeobecných sester (6%) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání pomaturitní specializační studium (ARIP). Dotazník neumožňoval označit kombinaci dosaženého vzdělání.

Položka č. 4: Je současné zaměstnání Vaším prvním v pozici všeobecné sestry?



Graf č. 4: Zastoupení sester s předešlou praxí/bez praxe

Tab. č. 5 : Zastoupení sester s předešlou praxí/bez praxe

	A. Č.	R. Č.
s předešlou praxí	59	54%
bez předešlé praxe	51	46%
celkem	110	100%

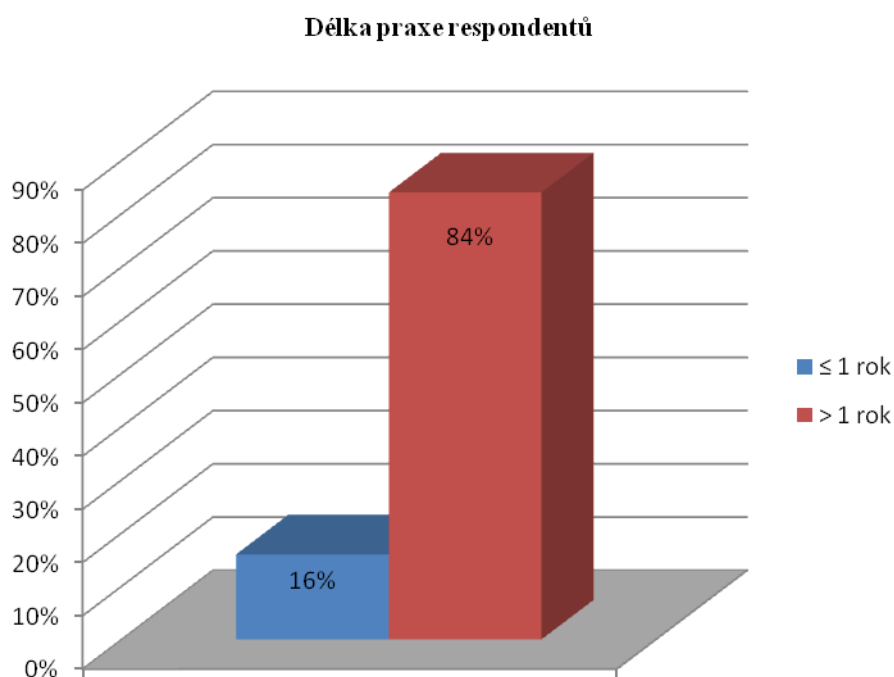
59 účastníků výzkumu (54%) zaškrtnulo v dotazníku možnost NE, z toho vyplývá, že před nástupem na současné pracoviště už pracovaly na jiném oddělení nebo v jiném zdravotnickém zařízení. 51 dotazovaných všeobecných sester (46%) zaškrtnulo možnost ANO, čímž se dostávají do kategorie sester bez předešlé praxe ve zdravotnictví. Jedná se o rozdíl čtyř lidí, 4% rozdílů k téměř vyrovnanému stavu mezi dvěma skupinami sester.

Tab. č. 6: Zastoupení sester s praxí/bez praxe v jednotlivých nemocnicích

Nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	A.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
sestry s praxí	9	64%	3	30%	16	89%	9	45%	6	33%	7	53%	7	47%
sestry bez praxe	5	36%	7	70%	2	11%	11	55%	12	67%	8	47%	8	53%
sester celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Pro přehled situace zaměstnávání sester s předešlou praxí/bez předešlé praxe na jednotky intenzivní péče v jednotlivých nemocnicích uvádím tabulku č. 6. V době výzkumu pracovalo v nemocnici s označením „B“ 9 všeobecných sester s předešlou praxí (64%) a 5 (36%) sester bez předešlé praxe. Na jednotce intenzivní péče (JIP) na pracovišti „F“ pracovali 3 (30%) sestry s předešlými zkušenostmi ze zdravotnictví a 7 (70%) bez předešlé praxe v ošetrovatelské péči o nemocničního pacienta. Nemocnice „H“ zaměstnávala na JIP toho času v adaptačním procesu 16 (89%) sester s předešlou praxí a 2 (11%), pro které se jednalo o první zaměstnání v oboru všeobecná sestra. V nemocnici „I“ tvořil soubor 9 dotazovaných zaměstnanců (45%) sestry s předešlými zkušenostmi ve zdravotnictví a 11 sester (55%) bez této zkušenosti. Na JIP ve zdravotnickém zařízení „M“ zaškrtnulo v dotazníku možnost NE 6 respondentů (33%) a možnost ANO zbývajících 12 (67%). Na pracovišti „T“ absolvovalo toho času adaptační proces 7 všeobecných sester s předešlou praxí (53%) a 8 (47%) bez předešlé praxe. V poslední nemocnici výsledky výzkumu vypadají následovně: 7 sester s předešlou praxí, tj. 47% a 8 sester bez předešlé praxe ve zdravotnictví, což činí 53% z 15 dotazovaných sester na daném pracovišti.

Položka č. 5: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví v pozici všeobecné sestry?



Graf č. 5: Délka praxe respondentů

Tab. č. 7: Délka praxe respondentů

	A. Č.	R. Č.
≤ 1 rok	18	16%
> 1 rok	92	84%
celkem	110	100%

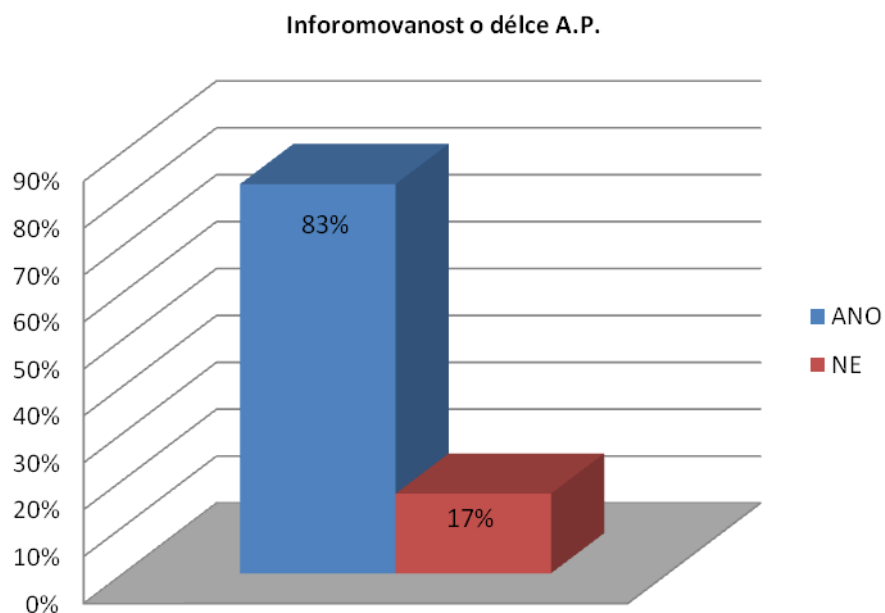
Z celkového počtu dotazovaných 110 (100%) pracovalo ve zdravotnictví v době vedení výzkumu méně nebo právě jeden rok 18 všeobecných sester (16%) a 92 respondentů (84%) působilo ve zdravotnictví už více než jeden rok.

Tab. č. 8: Délka praxe respondentů – srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
≤ 1 rok	2	14%	1	10%	1	6%	5	25%	7	39%	0	0%	2	13%
> 1 rok	12	86%	9	90%	17	94%	15	75%	11	61%	15	100%	13	87%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Tabulka č. 8 znázorňuje situaci délky praxe zaměstnanců v jednotlivých nemocnicích. V nemocnici „B“ z celkového počtu respondentů 14 (100%) bylo 12 (86%) sester s praxí delší než jeden rok a 2 pracovaly ve zdravotnictví méně nebo právě jeden rok. Na jednotce intenzivní péče (JIP) na pracovišti „F“ pracovala méně nebo právě jeden rok jenom 1 sestra, tj. 10% z celkového počtu dotazovaných na tomto pracovišti. 9 sester (90%) mělo za sebou delší působení ve zdravotnictví než jeden rok. Zdravotnické zařízení „H“ mělo na kardiologické JIP v procesu adaptace 1 sestru (6%), která pracuje v pozici všeobecné sestry méně (právě) jeden rok. Zbývajících 17 (94%) má víceleté zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče. Na pracovišti „I“ zaškrtnulo možnost ≤ 1 rok 5 dotazovaných (25%) a > než 1 rok 15 sester (75%). Nemocnice „M“ zaměstnávala toho času v adaptačním procesu 11 respondentů (61%) se zdravotnickou praxí delší než jeden rok a 7 (39%) s praxí do jednoho roku. Na JIP v zařízení „T“ všichni dotazovaní 15(100%) zaškrtnuli možnost víceleté práce v oboru všeobecná sestra. V nemocnici „V“ výsledky výzkumu dopadly následovně: 2 sestry (13%) spadají do kategorie - praxe ≤ 1 rok a 13 (87%) do kategorie > než jeden rok.

Položka č. 6: Byl/a jste při nástupu do současného zaměstnání informován/á, jak dlouho bude trvat Váš A. P.?



Graf č. 6: Informovanost o délce A. P.

Tab. č. 9: Informovanost o délce A. P.

	A. Č.	R. Č.
informován	91	83%
neinformován	19	17%
celkem	110	100%

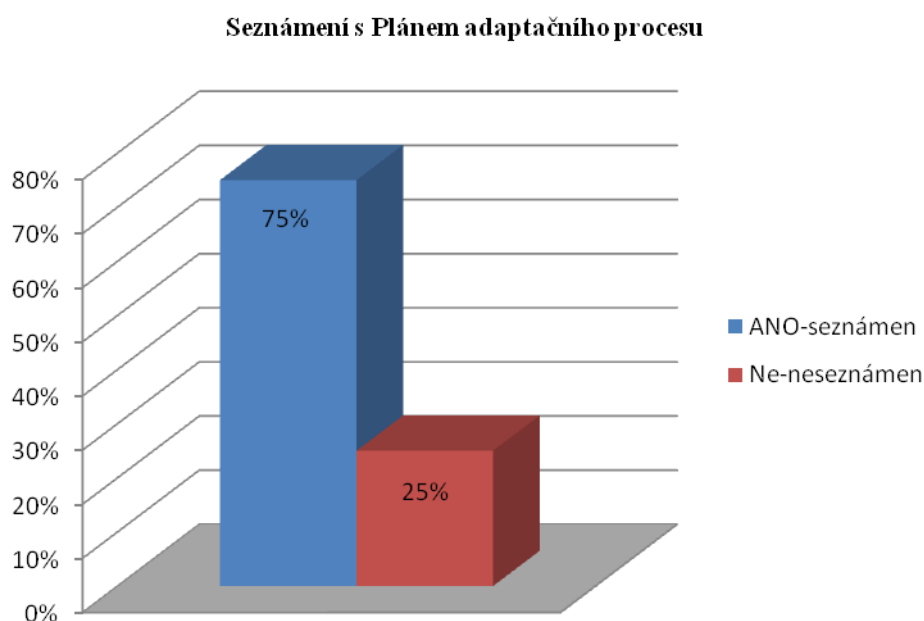
V dotazníkovém šetření uvedlo 91 respondentů (83%), že při nástupu do zaměstnání byli předem informováni o délce adaptačního procesu. 19 dotazovaných (17%) se vyjádřilo opačně, tj. nebyli předem informováni o délce adaptačního procesu.

Tab. č. 10: Informovanost o délce A. P. - srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
informován	13	93%	4	40%	18	100%	16	80%	15	83%	15	100%	10	67%
neinformován	1	7%	6	60%	0	0%	4	20%	3	17%	0	0%	5	33%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

V tabulce č. 10 předkládám náhled informovanosti respondentů o délce adaptačního procesu ve zdravotnických zařízeních, ve kterých bylo vedené dotazníkové šetření. 13 všeobecných sester (93%) z celkového počtu respondentů v nemocnici „B“ uvedlo, že byly předem informovány o délce jejich adaptačního procesu. 1 dotazovaný (7%) uvedl neinformovanost. Na pracovišti „F“ byli z celkového počtu dotazovaných 10 (100%) informováni o délce adaptačního procesu (A. P.) jenom 4 sestry (40%). Zbývajícím 6 (60%) tyto informace nebyly poskytnuté. Zařízení „H“ poskytlo fakty o době adaptace všem účastníkům – 18 (100%) našeho výzkumu na její jednotce intenzivní péče (JIP). Z respondentů kardiologické jednotky intenzivní péče – nemocnice „I“ uvedlo 16 (80%) informovanost a 4 sestry naopak neinformovanost o časovém průběhu A. P. Výsledky šetření na pracovišti „M“ ukazují o informovanosti 15 všeobecných sester (83%) a neinformovanosti zbývajících 3 (17%) z celkového počtu dotazovaných na dané JIP. Celkový počet dotazovaných v nemocnici „T“ je 15 sester (100%) a každá z nich se vyjádřila k informovanosti o délce A. P. v kolonce ANO. Výsledky výzkumu ve zdravotnickém zařízení „V“ jsou: 10 sester (67%) bylo informováno a 5 (33%) naopak nebylo informováno o časovém úseku procesu adaptace.

Položka č. 7: Byl/a jste při nástupu obeznámen/á s Plánem A. P.?



Graf č. 7: Seznámení s Plánem adaptačního procesu

Tab. č. 11: Informovanost o Plánu A. P.

	A. Č.	R. Č.
informován	83	75%
neinformován	27	25%
celkem	110	100%

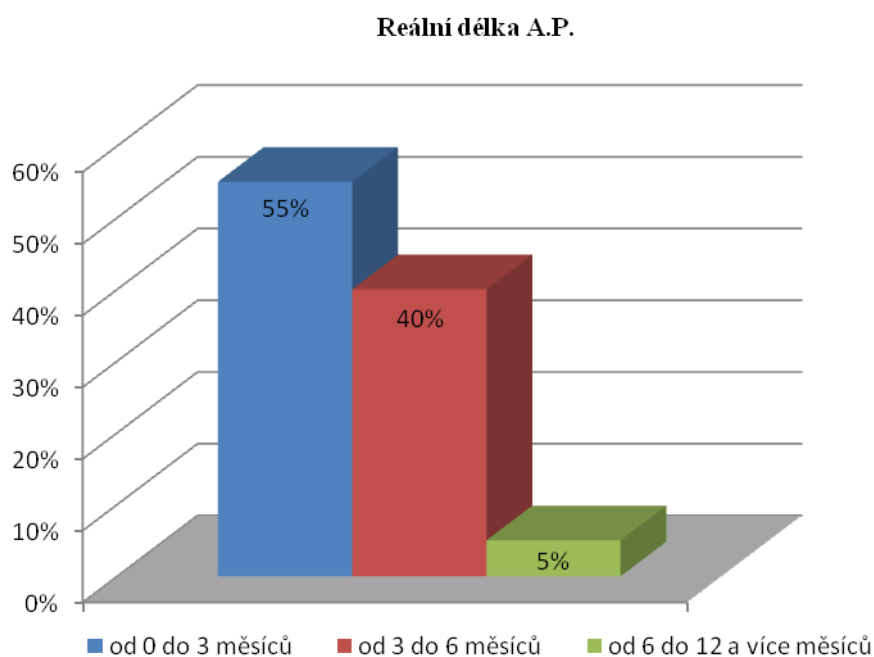
Ze souborů 110 účastníků výzkumu (100%) bylo 83 respondentům (75%) sdělen Plán adaptačního procesu jejich nadřízeným pracovníkem. Zbývajícím 27 dotazovaným (25%) Plán adaptace nebyl vůbec předem představen.

Tab. č. 12: Srovnání informovanosti sester o Plánu A. P. mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
obeznámen	13	93%	3	30%	16	89%	13	65%	16	89%	14	93%	8	53%
neobeznámen	1	7%	7	70%	2	11%	7	35%	2	11%	1	7%	7	47%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Tabulka č. 12 poskytuje náhled na problematiku sdělování obsahu Plánu adaptačního procesu nově nastupujícím sestrám ve vybraných pražských nemocnicích. 13 všeobecných sester (93%) z celkového počtu respondentů v nemocnici „B“ uvedlo, že byly předem informovány o průběhu adaptace, popsáném v Plánu adaptačního procesu (A. P.). 1 dotazovaný (7%) uvedl neinformovanost. Na pracovišti „F“ byli z celkového počtu dotazovaných 10 (100%) informováni o jeho obsahu 3 sestry (30%). Zbývajícím 7 (70%) tyto informace nebyly sdělené. Nadřízení z jednotky intenzivní péče (JIP) nemocnice „H“ poskytli fakta z plánu adaptace 16 zaškolujícím se (89%). Další 2 (11%) fakta neznali. Z respondentů kardiologické JIP nemocnice „I“ uvedlo 13 (65%) informovanost a 7 sester (35%) naopak neinformovanost s Plánem A. P. Výsledky šetření na pracovišti „M“ ukazují o sdělení informací 16 všeobecným sestrám (89%) a neinformovanost 2 (11%) z celkového počtu dotazovaných na dané JIP. Celkový počet dotazovaných v nemocnici „T“ je 15 sester (100%) a 14 z nich (93%) znalo znění plánu A. P. Jeden (7%) zaškrtl možnost NE. Výsledky výzkumu ve zdravotnickém zařízení „V“ jsou: 8 sester (53%) bylo a 7 (47%) naopak nebylo obeznámeno s průběhem zaškolování.

Položka č. 8: Po jaké době byl ukončen Váš A. P.? (zařad'te se do příslušného časového rozmezí).



Graf č. 8: Reální délka A. P. u respondentů

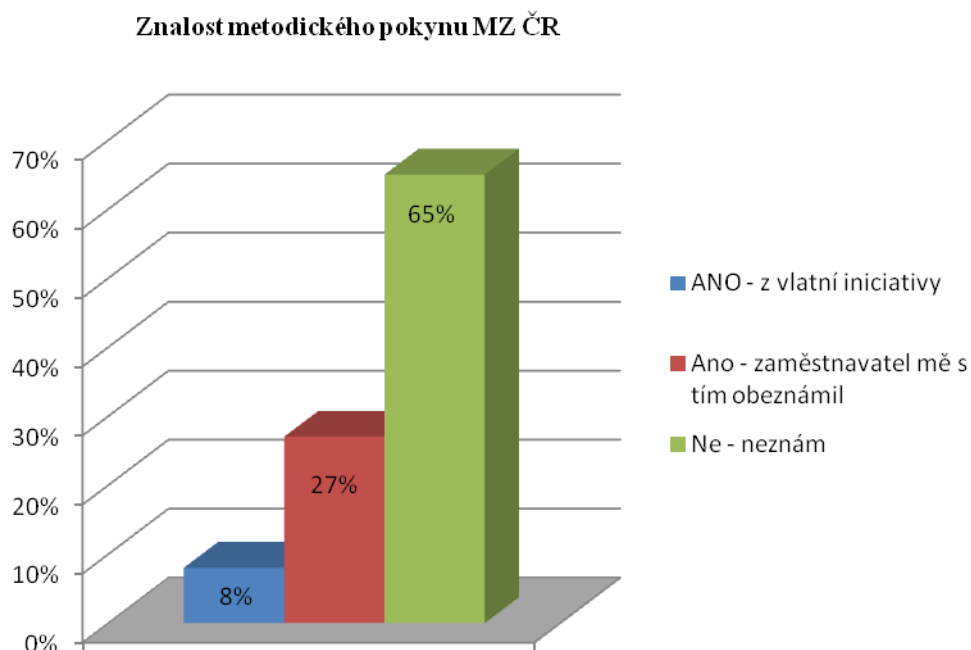
Tab. č. 13: Reální délka A. P. u respondentů

	A. Č.	R. Č.
od 0 do 3 měsíců	61	55%
od 3 do 6 měsíců	43	40%
od 6 do 12 a více měsíců	6	5%
celkem	110	100%

Adaptační proces byl u 61 dotazovaných (55%) ukončen do 3 měsíců. 43 všeobecných sester ukončilo proces adaptace do 6 měsíců a u zbývajících 6 respondentů trval adaptační proces více než 6 měsíců.

Náhled na reálné délky A. P. v jednotlivých nemocnicích jsme uvedli v tabulkách č. 49 a 50, rozebírajících otázku: **jestli délka A. P. všeobecných sester souvisí s jejich předešlou praxí ve zdravotnictví?**

Položka č. 9: Znáte metodický pokyn MZ ČR (ze dne 29. 7. 2009) o realizaci a ukončení A. P. pro nelékařské zdravotnické pracovníky?



Graf č. 9: Znalost metodického pokynu MZ ČR

Tab. č. 14: Znalost metodického pokynu MZ ČR

	A. Č.	R. Č.
ano – z vlastní iniciativy	9	8%
ano – obeznámil zaměstnavatel	30	27%
ne	71	65%
celkem	110	100%

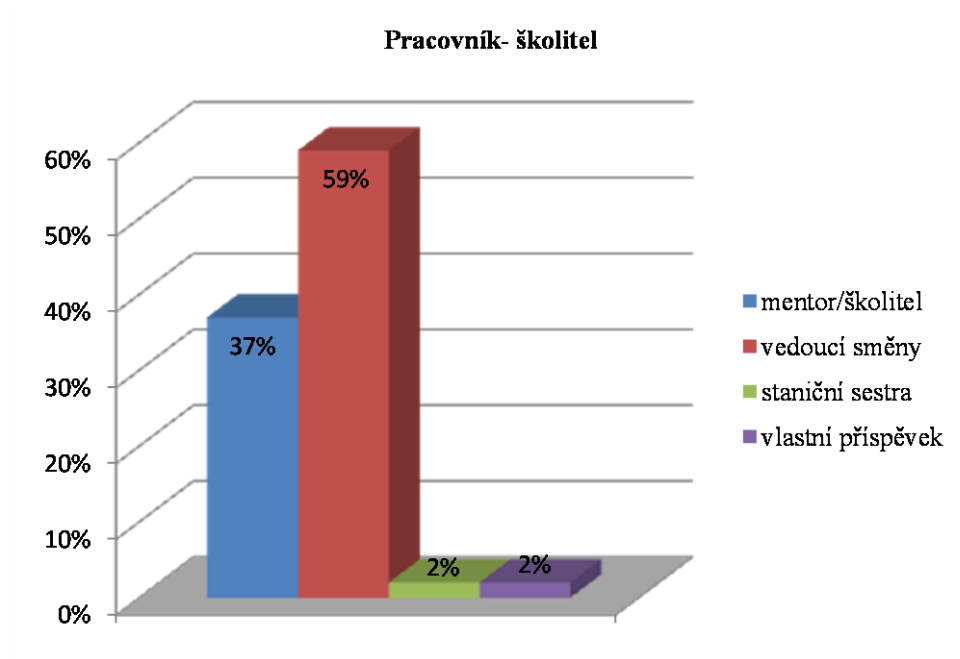
Znalost metodického pokynu MZ ČR o realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky z vlastní iniciativy potvrdilo 9 (8%) účastníků výzkumu. 30 všeobecných sester (27%) s tímto faktem obeznámil zaměstnavatel a 71 dotazovaných (65%) metodický pokyn neznalo.

Tab. č. 15 : Znalost metodického pokynu MZ ČR – srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
ano – vlastní iniciativa	2	14%	0	0%	1	6%	0	0%	2	11%	1	7%	3	20%
ano - oznámil zaměstnavatel	4	29%	1	10%	3	16%	6	20%	4	22%	9	60%	3	20%
ne	8	57%	9	90%	14	78%	14	80%	12	67%	5	33%	9	60%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Výše uvedená tabulka č. 15 uvádí přehled informovanosti dotazovaných zaměstnanců daných nemocnic o metodickém pokynu MZ ČR. V nemocnici „B“ z celkového počtu respondentů 14 (100%) znalo znění metodického pokynu 2 sestry (14%) z vlastní iniciativy, 4 sestry (29%) byly informované o jeho obsahu zaměstnavatelem a 8 dotazovaných (57%) o něm nevěděli. Na jednotce intenzivní péče (JIP) na pracovišti „F“ se samostatně nezajímal o metodický pokyn k A. P. ani jeden respondent. Od zaměstnavatele byl s fakty pokynu obeznámen 1 dotazovaný (10%) a nevědomost o tomto dokumentu vyjádřilo 9 všeobecných sester (90%). Zdravotnické zařízení „H“ informovalo 3 sestry (16%) o metodickém pokynu MZ ČR, 1 respondent (6%) uvedl vlastní iniciativu a 14 dotazovaných (78%) neměli znalosti o obsahu metodického pokynu. V nemocnici „I“ se žádný respondent samostatně nezajímal o znění pokynu MZ ČR k A. P. Od nadřízených mělo informace 6 dotazovaných (20%) a žádnými informacemi nedisponovalo 14 respondentů (80%). Na pracovišti „M“ zaškrtnuly možnost ANO - z vlastní iniciativy 2 sestry (11%), možnost informovanosti od zaměstnance označili 4 respondenti (22%). 12 všeobecných sester (67%) nemělo znalosti o metodickém pokynu. Nemocnice „T“ zaměstnávala toho času v adaptačním procesu 9 respondentů (60%), které poučila o doporučení MZ ČR k A. P. 1 všeobecná sestra (7%) znala znění tohoto pokynu z vlastní iniciativy a dalších 5 účastníků (33%) výzkumu pokyn vůbec neznalo. V nemocnici „V“ výsledky výzkumu dopadly následovně: 3 sestry (20%) spadají do kategorie – ANO – z vlastní iniciativy, další 3 respondenti (3%) se zařadili do kategorie – ANO – zaměstnavatel mě s tím obeznámil a 9 členů (60%) souborů označilo možnost neznalosti metodického pokynu.

Položka č. 10: Kdo Vás zaškoloval v průběhu A. P.? Kdo byl v roli školitele?



Graf č. 10: Pracovník- školitel

Tab. č. 16: osoba v roli školitele

	A. Č.	R. Č.
mentor/školitel	41	37%
vedoucí směny	65	59%
staniční sestra	2	2%
vlastní příspěvek	2	2%
celkem	110	100%

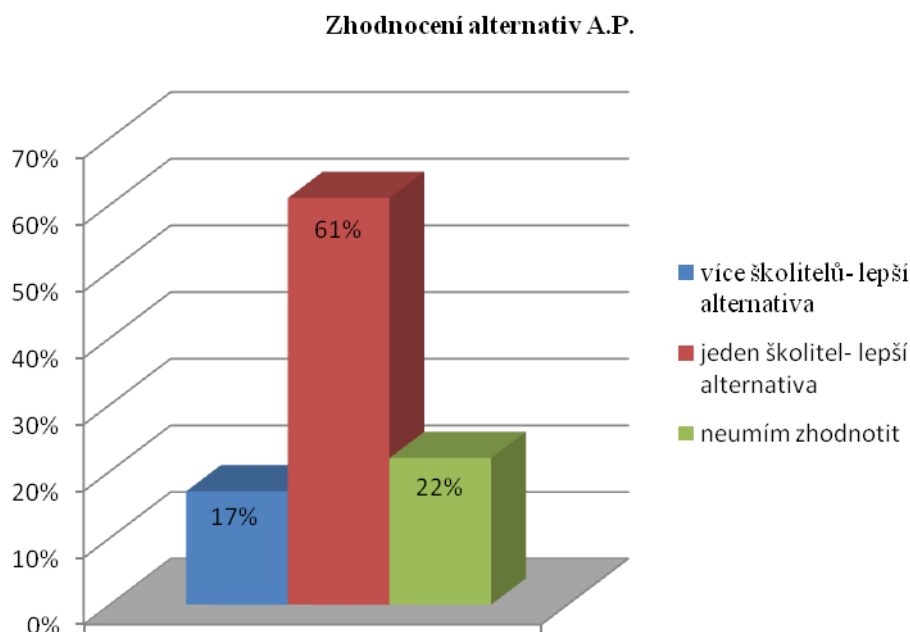
Z celkového počtu účastníků výzkumu 110 (100%), 41 respondentů (37%) označilo za osobu v roli zaškolujícího mentora/školitele, 65 všeobecných sester (59%) zaškrtnlo možnost – vedoucí směny a 2 dotazované osoby (2%) zvolilo možnost – staniční sestra konkrétní jednotky intenzivní péče. Ve dvou případech (2%) se objevil vlastní příspěvek, které uvedu v diskuzi diplomové práce.

Tab. č. 17: Role školitele- srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
mentor/školitel	6	43%	0	0%	8	44%	11	55%	10	56%	2	13%	4	27%
vedoucí směny	8	57%	8	80%	8	44%	9	45%	8	44%	13	87%	11	73%
staniční sestra	0	0%	0	0%	2	12%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
vlastní příspěvek	0	0%	2	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Tabulka č. 17 uvádí přehled zastávání role zaškolujícího pracovníka v jednotlivých zdravotnických zařízeních. V nemocnici „B“ z celkového počtu respondentů 14 (100%) zaškoloval 6 sester (43%) mentor/školitel, 8 dotazovaných (57%) vedoucí směny a staniční sestra nevedla zaškolování ani u jednoho respondenta. Vlastní příspěvek nebyl uveden ani v jednom z dotazníku z nemocnice „B“. Na jednotce intenzivní péče (JIP) na pracovišti „F“ vedl adaptační proces 8 sester (80%) vedoucí směny a 2 odpovědi (20%) se vážali k možnosti vlastní příspěvek (jsou to jediné dva případy uvedení vlastního příspěvku, proto už tuto možnost nebudeme dále uvádět). Nulová účast (0%) byla při možnosti mentor/školitel i při staniční sestra. Zdravotnické zařízení „H“ zajistilo zaškolování 8 nových všeobecných sester (44%) mentorem/školitelem a stejné procento (44% - 8 sester) bylo zaškoleny vedoucím směny. Ve 2 případech (12%) byla tímto úkolem pověřená staniční sestra JIP. V nemocnici „I“ se žádný respondent nevyjádřil k možnosti staniční sestra (0%). Mentor/školitel zajišťoval zapracovávání nových sester v 11 případech (55%) a vedoucí směny v 9 případech (45%). Na pracovišti „M“ zaškrtnulo možnost mentor/školitel 10 respondentů (56%), vedoucího směny označilo 8 dotazovaných (44%). Následující dvě možnosti měly nulový podíl (0%) na odpovědích. Na pracovišti „T“ vedl mentor/školitel toho času adaptační proces u 2 respondentů (13%), vedoucí směny byl tímto úkolem pověřen u 13 sester (87%). Další dvě možnosti mají opět nulové zastoupení (0%). V nemocnici „V“ výsledky výzkumu dopadly následovně: 4 sestry (27%) spadají do kategorie – mentor/školitel, 11 respondentů (27%) se zařadilo do kategorie – vedoucí směny, staniční sestra – 0 dotazovaných (0%).

Položka č. 11: Jak byste zhodnotil/a A. P., ve kterém integraci sestry na pracovišti vede více školitelů?



Graf č. 11: Zhodnocení alternativ A. P.

Tab. č. 18: Zhodnocení alternativ A. P.

	A. Č	R. Č.
více školitelů – lepší alternativa	19	17%
jeden školitel – lepší alternativa	67	61%
neumím zhodnotit	24	22%
celkem	110	100%

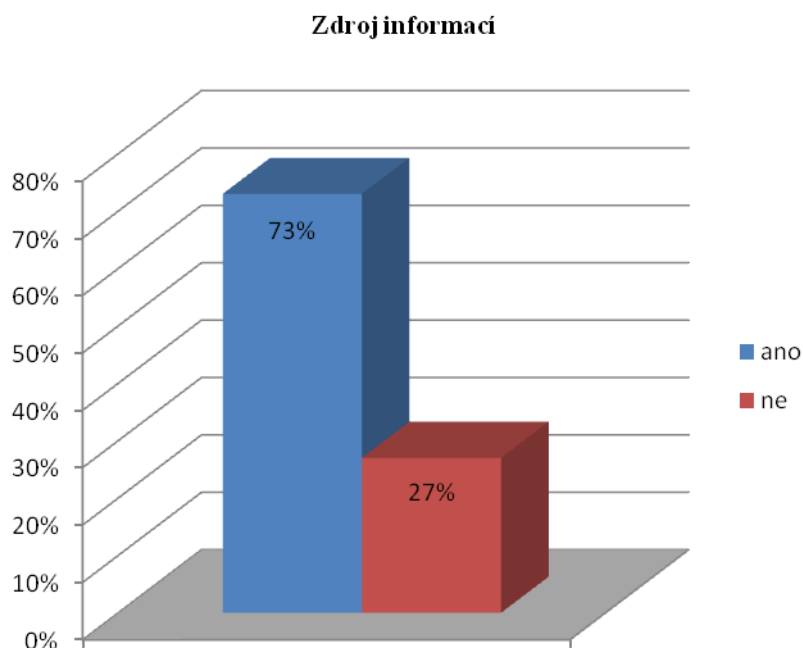
Ze 110 všeobecných sester (100%), které se účastnily výzkumu, 67 (61%) z nich se přiklonilo k názoru, že vedení zaškolování v adaptačním procesu (A. P.) jedním školitelem je pro nově nastupující sestru lepší alternativa. 19 respondentů (17%) se ztotožnilo s alternativou A. P., vedeného více školiteli. 24 dotazovaných (22%) neuměli danou problematiku zhodnotit.

Tab. č. 19: Zhodnocení alternativ A.P. – srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
více školitelů	9	64%	3	30%	1	6%	1	5%	1	6%	2	13%	2	13%
jeden školitel	4	29%	4	40%	11	61%	11	55%	11	61%	13	87%	13	87%
nehodnotil	1	7%	3	30%	6	33%	8	40%	6	33%	0	0%	0	0%
celkem	15	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Výše uvedená tabulka (č. 19) podává přehled názorů respondentů v jednotlivých nemocnicích na proces zaškolování, vedený jedním/více školiteli. V nemocnici „B“ z celkového počtu respondentů 14 (100%) se k odpovědi – více školitelů přiklonilo 9 sester (64%), 4 sestry (29%) preferovaly jednoho zaškolujícího a 1 dotazovaný (7%) se nedokázal vyjádřit. Na jednotce intenzivní péče (JIP) na pracovišti „F“ byli 3 respondenti (30%) názoru, že více mentorů je v procesu adaptace lepší alternativa. Jiný názor zastávala skupina 4 sester (40%) – označily možnost jednoho školitele, za lepší řešení pracovní adaptace. 3 sestry (30%) z této JIP nevyjádřily přesné stanovisko – zaškrtnuly tedy třetí možnost. Zdravotnické zařízení „H“ se vyznačuje výsledkem: 1 sestra (6%) upřednostnila odpověď – více školitelů = lepší alternativa pro A. P., 11 dotazovaných (61%) zastává názor – jednoho mentora pro novou sestru. Z celkového počtu dotazovaných na pracovišti „H“ se k problematice neumělo vyjádřit 6 respondentů (33%). V nemocnici „I“ se 1 sestra (5%) rozhodla pro volbu více školitelů, 11 (61%) zvolilo možnost jednoho zaškolujícího a 8 účastněných (40%) nevyhodnotilo lepší alternativu. Na pracovišti „M“ si 11 všeobecných sester (61%) zvolilo za vhodnější řešení procesu adaptace jednoho školitele, 1 dotazovaná (6%) byla za volbu více školitelů. Zbývajících 6 účastněných (33%) na dané JIP své stanovisko nevěděla upřesnit. Nemocnice „T“ zaměstnávala toho času v adaptačním procesu 13 sester (87%), které si zvolily za vhodnější alternativu jednoho mentora a 2 (13%) preferovaly více zaškolujících v A. P. Nestranné stanovisko nevyjádřil ani jeden ze zúčastněných výzkumu daného pracoviště. V nemocnici „V“ se všech 15 všeobecných sester vyjádřilo přímo pro lepší řešení. Výsledky výzkumu vypadají následovně: 2 respondenti (13%) spadají do kategorie sester, přiklánějících se k odpovědi – více školitelů, 13 (87%) dalších si zvolilo řešení jednoho mentora.

Položka č. 12: Získal/a jste v průběhu A. P. nejvíce informací od zaškolujícího?



Graf č. 12: Zdroj informací

Tab. č. 20: Získávání vědomostí/dovedností od zaškolujícího

	A. Č.	R. Č.
ano	80	73%
ne	30	27%
celkem	110	100%

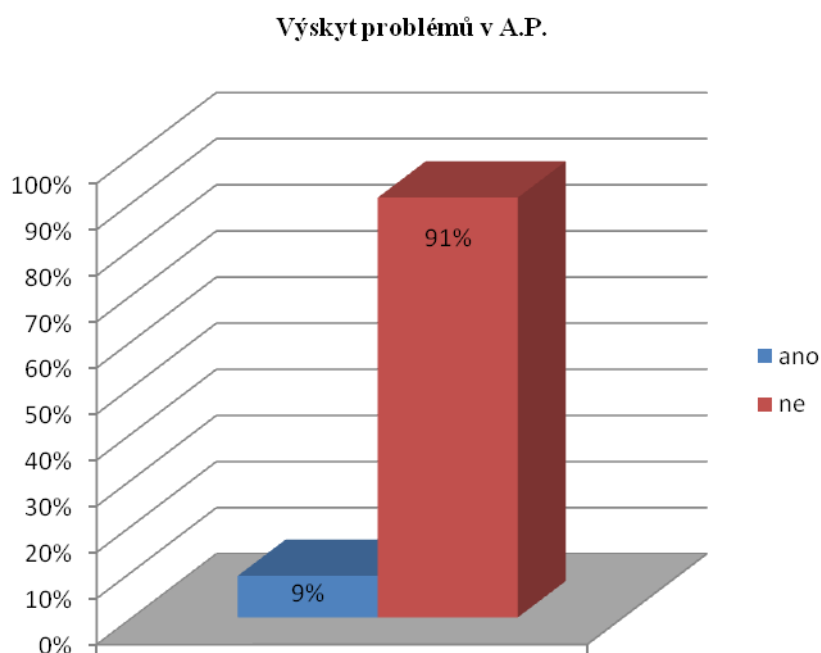
Z celkového počtu zúčastněných 110 (100%) získalo znalosti a dovednosti od svého školitele 80 dotazovaných sester (73%). Zbývajících 30 (27%) uvedlo jinou osobu (spolupracovníka), která pro ně byla zdrojem informací.

Tab. č. 21: Získávání vědomostí/dovedností od zaškolujícího – srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
ano	8	57%	8	80%	15	83%	19	95%	12	67%	5	33%	13	87%
ne	6	43%	2	20%	3	17%	1	5%	6	33%	10	67%	2	13%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Přehled problematiky získávání vědomostí/dovedností zaškolujících se sester na jednotkách intenzivní péče (JIP) ve vybraných zdravotnických zařízeních předkládám v tabulce č. 21. 8 všeobecných sester (57%) z celkového počtu respondentů 14 (100%) v nemocnici „B“ uvedlo, že „učitelem“ pro ně byl školitel (zaškrtnuty možnost ANO). 6 dotazovaných (43%) uvedlo opak (jejich odpověď byla NE). Na pracovišti „F“ bylo z celkového počtu dotazovaných 10 (100%), 8 sester (80%) spokojených s vedením adaptačního procesu mentorem, ale 2 sestry (20%) označily za svůj „zdroj“ informací jinou osobu. Zařízení „H“ poskytlo školitele všem účastníkům – 18 (100%) našeho výzkumu na jeho jednotce intenzivní péče (JIP), ale pro 3 sestry (17%) nebyl zaškolující pracovník hlavním „učitelem“ při adaptaci na oddělení. Z respondentů kardiologické jednotky intenzivní péče – nemocnice „I“ uvedlo 19 (95%) spokojenost se vzájemnou interakcí mezi sestrou a školitelem v procesu učení se. 1 respondent (5%) vyjádřil nespokojenost. Výsledky šetření na pracovišti „M“ ukazují o adekvátním využití vědomostí/dovedností zaškolujícího pracovníka v procesu adaptace u 12 respondentů (67%). 6 dotazovaných (33%) netěžilo vědomosti od školitele. Celkový počet dotazovaných v nemocnici „T“ je 15 sester (100%) a 5 z nich (33%) se vyjádřilo v kolonce ANO – nejvíce informací získaly od svého mentora. 10 sester (67%) zaškrtnuly možnost NE – informace získávaly spíše od jiných spolupracovníků. Výsledky výzkumu ve zdravotnickém zařízení „V“ dopadly následovně: 13 všeobecných sester (87%) se přiklonilo k možnosti ANO a 2 dotazovaní (13%) uvedli jako zdroj informací jinou osobu z pracovního týmu.

Položka č. 13: Vyskytli se problémy v průběhu Vašeho zaškolování?



Graf č. 13: Výskyt problémů v A. P.

Tab. č. 22: Výskyt problémů v A. P.

	A. Č.	R. Č.
ano	10	9%
ne	100	91%
celkem	110	100%

Legenda: ano – vyskytli se problémy v A. P.
ne – nevyskytli se problémy v A. P.

10 dotazovaných sester (9%) z celkového počtu respondentů 110 (100%) uvedlo, že v průběhu jejich zaškolování se vyskytly problémy. Jenom 6 z nich (60%) konkrétně uvedlo, o jaké problémy se jednalo. Uvedené problémy si rozebereme v diskuzi. 100 všeobecných sester výskyt problémů v procesu adaptace neguje.

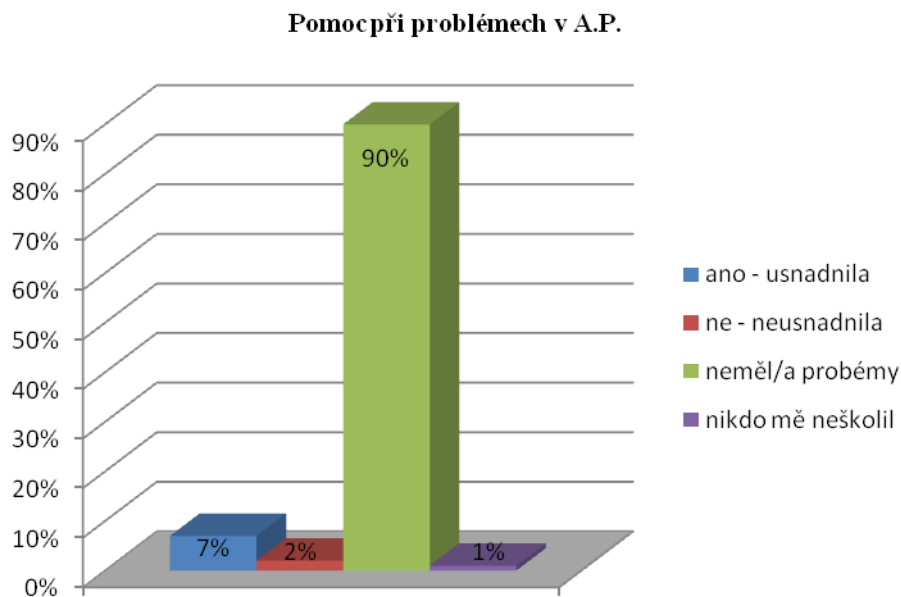
Tab. č. 23: Výskyt problémů v A. P. – srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
ano	3	21%	1	10%	3	17%	1	5%	1	5%	0	0%	1	6%
ne	11	79%	9	90%	15	83%	19	95%	17	95%	15	100%	14	94%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Legenda: ano – vyskytli se problémy v A. P.
ne – nevyskytli se problémy v A. P.

Výskyt problémů v adaptačním procesu (A. P.) u všeobecných sester, které se účastnily dotazníkového šetření v jednotlivých nemocnicích, předkládáme v tabulce č. 23. 3 respondenti (21%) z celkového počtu respondentů 14 (100%) v nemocnici „B“ uvedlo, že se v průběhu A. P. vyskytly problémy. 11 dotazovaných (79%) uvedli opak. Na pracovišti „F“ řešila nesrovnalosti z celkového počtu dotazovaných 10 (100%) jenom 1 sestra (10%), zbývajících 9 (90%) neměly v průběhu adaptace komplikace. V zařízení „H“ se problémy vyskytly u 3 dotazovaných (17%), 15 zaškolení (83%) proběhlo bez nich. Z respondentů jednotky intenzivní péče nemocnice „I“ uvedlo 19 (95%) bezproblémové období adaptace a řešení problémů u 1 sestry (5%). Výsledky šetření na pracovišti „M“ poukazují na výskyt komplikací u jednoho A. P. (5%) a zbývajících 17 případů adaptace (95%) problémy neuvádí. Celkový počet dotazovaných v nemocnici „T“ je 15 sester (100%) a u všech respondentů byla odpověď - NE. Výsledky výzkumu na JIP v zařízení „V“ dokumentují řešení problémů v průběhu procesu adaptace u 1 všeobecné sestry (6%), 14 (94%) dalších označilo možnost - NE.

Položka č. 14: Usnadnil/a Vám uvedené problémy zvládnout školitel/ka nebo zaškolující sestra?



Graf č. 14: Pomoc při problémech v A. P.

Tab. č. 24: Pomoc školitele s problémy v A. P.

	A. Č.	R. Č.
usnadnila	8	7%
neusnadnila	2	2%
neměl/a problémy	99	90%
nikdo mě neškolil	1	1%
celkem	110	100%

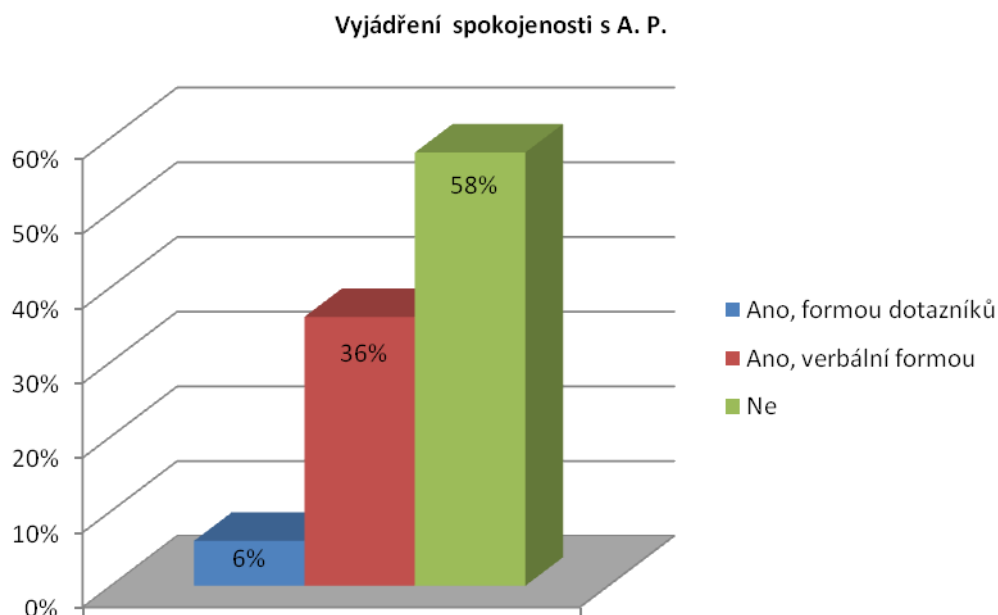
8 všeobecných sester, což činí 7% z celkového souboru dotazovaných (110 – 100%) uvedlo, že vzniklé problémy v průběhu A. P. jim pomohl vyřešit zaškolující pracovník. 2 respondenti (2%) se naopak vyjádřili negativně. 99 účastníků (90%) dotazníkového šetření se vyjádřilo, že komplikace se v průběhu jejich procesu adaptace nevyskytly a v tomto ohledu pomoc od zaškolujícího nevyužili. 1 respondent (1%) si zvolil možnost – nikdo mě neškolil, z toho vyplývá, že pomoc školitele při výskytu problému nebyla opět využita.

Tab. č. 25: Pomoc školitele s problémy v A. P. – srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
usnadnil/a	2	14%	1	10%	3	17%	0	0%	1	5%	0	0%	1	6%
neusnadnil/a	1	7%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%
neměl/a problémy	11	79%	9	90%	15	83%	18	90%	17	95%	15	100%	14	94%
nikdo mě neškolil	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Výše uvedená tabulka (č. 25) poskytuje přehled poskytnutí pomoci zaškolujícího pracovníka při řešení problémů sester v adaptačním procesu (A. P.) v jednotlivých zdravotnických zařízeních. V nemocnici „B“ bylo toho času 14 (100%) respondentů. Z toho 2 sestry (14%) vyřešily komplikace v souvislosti s A. P. s pomocí školitele, 1 sestra (7%) pomoc zaškolujícího pracovníka neguje. Dalších 11 účastníků (79%) výskyt problémů neuvádí. Možnost, nikdo mě neškolil, nebyla uvedena v žádném z dotazníků nemocnice „B“. Na jednotce intenzivní péče (JIP) na pracovišti „F“ vypovídají výsledky dotazníků o faktech, že 9 (90%) z 10 (100%) respondentů výskyt jakékoliv komplikace po dobu adaptace popírá a zbývajících dotazovaný (10%) potvrzuje výpomoc školitele při řešení problému. Další dvě možnosti odpovědi měly nulové zastoupení (0%). Ve zdravotnickém zařízení „H“ byla školitelem poskytnutá pomoc všem zaškolujícím se (3 respondenti – 17%), kterým se do procesu adaptace připletla komplikace. 15 dotazovaných sester (83%) označilo možnost – neměl/a problémy po dobu adaptace. Další možnosti měli opět nulové zastoupení (0%). V nemocnici „I“ se žádný respondent nevyjádřil o usnadnění řešení komplikací ve spolupráci se školitelem (0%). Právě naopak, 1 sestra (5%) zaškrtnula odpověď – školitel neusnadnil řešení problémů. 18 dotazníků (90%) se vztahovalo k vyjádření – neměl/a problém a poslední dotazník (5%) vypovídal o situaci, kdy všeobecnou sestru nikdo neškolil (je to jediný případ uvedení – nikdo mě neškolil, proto už tuto možnost nebudeme dále uvádět). Na pracovišti „M“ zaškrtnulo 17 dotazovaných (95%) možnost – neměl/a problémy a jediný (5%), u kterého se komplikace vyskytla, využil při její řešení pomoc mentora. V nemocničním zařízení „T“ se všichni respondenti (100%) shodli v odpovědi – neměl/a problémy v průběhu zaškolování. V nemocnici „V“ výskyt problému uvedl jenom 1 respondent (6%) a na jeho vyřešení se podílel i zaškolující pracovník. U zbývajících 14 dotazníků byla zaškrtnuta možnost – neměl/a problém v rámci A. P.

Položka č. 15: Byla Vám poskytnuta možnost vyjádřit se ke spokojenosti s průběhem A. P.?



Graf č. 15: Vyjádření spokojenosti s A. P.

Tab. č. 26: Vyjádření se ke spokojenosti s A. P.

	A. Č.	R. Č.
ano, formou dotazníků	5	6%
ano, verbální formou	40	36%
ne	65	58%
celkem	110	100%

45 všeobecných sester (42%) z celkového počtu dotazovaných 110 (100%) dostalo možnost vyjádřit se ke spokojenosti/nespokojenosti s průběhem vlastního adaptačního procesu (A. P.). 5 respondentů zhodnotilo A. P. v dotazníkovém šetření, které vedlo konkrétní zdravotnické zařízení. 40 účastníků výzkumu svůj názor na vlastní proces adaptace vyjádřilo jenom verbální formou v rozhovoru se svým nadřízeným. Názor 65 dotazovaných sester (58%) nebyl vyjádřen ani verbální ani písemnou formou.

Tab. č. 27: Vyjádření se ke spojenosti s A. P. - srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	27%	0	0%	0	0%
II.	10	71%	4	40%	6	33%	5	25%	5	27%	6	40%	4	27%
III.	4	28%	6	60%	12	67%	15	75%	8	46%	9	60%	11	73%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

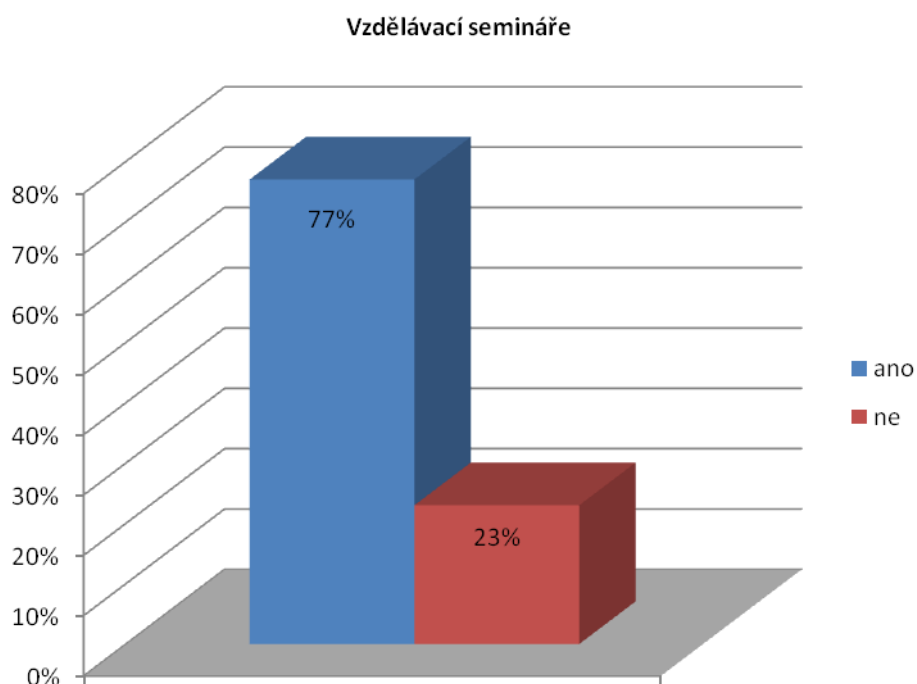
Legenda: I. ano, formou dotazníku

II. ano, verbální formou

III. ne

Výše uvedená tabulka č. 27 předkládá fakta o možnosti vyjádření názoru sester na průběh vlastního adaptačního procesu (A. P.) ve vybraných nemocnicích. Na jednotce intenzivní péče (JIP) v nemocnici „B“ se vyjádřilo 10 dotazovaných (71%) jenom verbálním způsobem před svým nadřízeným a zbývajícím 4 respondentům (28%) nebyla poskytnuta možnost vyslovit se vůbec. Na JIP na pracovišti „F“ se slovně vyjádřily 4 všeobecné sestry (40%), při čemž 6 dalších (60%) neměly příležitost oficiálně vyjádřit spokojenost/nespokojenost s A. P. vůbec. Ve zdravotnickém zařízení „H“ projeví vedoucí pracovníci zájem o názor zaškolujících se sester v 6 případech (33%), kdy je vyzvali k verbálnímu projevu spokojenosti, respektive nespokojenosti s kvalitou A. P. Zbývajících 12 respondentů (67%) tuto, ani jinou možnost vyjádření svého názoru nemělo. Výsledky šetření na oddělení nemocnice „I“ vypovídají o 5 případech (25%), kdy se požadovalo vyslovení spokojenosti s organizací A. P. 15 respondentů (75%) o vyslovení názor požádáno nebylo. Jako jediné pracoviště „M“ po dobu vedení našeho dotazníkového šetření, mělo v rámci získávání zpětné vazby od zaškolujících se pracovníků alternativu dotazníku. Tato možnost vyjádření se prostřednictvím dotazníku byla poskytnutá 5 respondentům (27%). Dalších 5 (27%) vyjádřilo svojí spokojenost verbální formou a 8 zbývajících (46%) nemělo ani jednu z možností. V nemocnici „T“ bylo vyzváno 6 sester (40%) k slovnímu vyjádření názoru, 9 (60%) ze souboru 15 zaškolujících se sester vyzváno nebylo. V nemocnici „V“ výsledky výzkumu dopadly následovně: 4 (27%) spadají do kategorie – ANO - uspokojivost s kvalitou A. P. jsem vyjádřil/a verbální formou a 11 všeobecných sester se zařadilo do kategorie – NE – neměl/a jsem příležitost oficiálně vyjádřit svůj názor k průběhu svého A. P.

Položka č. 16: Byly součástí Vašeho A. P. i vzdělávací semináře?



Graf č. 16: Vzdělávací semináře jako součást A. P.

Tab. č. 28: Vzdělávací semináře v A. P.

	A. Č.	R. Č.
ano – byli součástí	85	77%
ne – nebyli součástí	25	23%
celkem	110	100%

Vzdělávací semináře byly součástí adaptačního procesu u 85 respondentů (77%) z celkového souboru - 110 všeobecných sester (100%). 25 dotazovaných (23%) uvedlo, že vzdělávací semináře nebyly součástí jejich adaptačních procesů.

Tab. č. 29: Vzdělávací semináře jako součást A. P. – srovnání mezi nemocnicemi

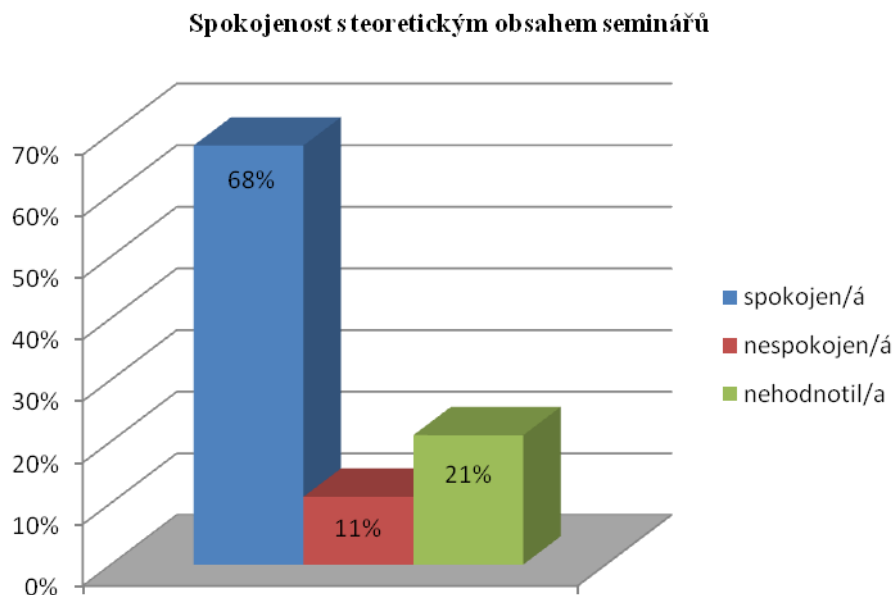
nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
ano	12	86%	6	60%	16	89%	16	80%	12	67%	10	67%	13	87%
ne	2	14%	4	40%	2	11%	4	20%	6	33%	5	33%	2	13%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Legenda: ano – byli součástí A. P.

ne – nebyli součástí A. P.

Problematiku vzdělávacích seminářů jako součást adaptačních procesu (A. P.) ve všech sedmi pražských nemocnicích předkládáme v tabulce č. 29. 12 všeobecných sester (86%) z celkového počtu respondentů 14 (100%) v nemocnici „B“ uvedlo, že vzdělávací semináře byly součástí jejich zaškolování. 2 respondenti (14%) účast na seminářích po dobu procesu adaptace popírají. Na pracovišti „F“ mělo z celkového počtu dotazovaných 10 (100%), 6 sester (60%) pravidelnou účast na kurzech spojených s pracovní adaptací. Zbývajících 4 (40%) neměli v rámci A. P. obdobné zaškolovací akce. V zařízení „H“ bylo u 16-ti dotazovaných (89%) období pracovní adaptace spojené s účastí na vzdělávacích seminářích. 2 respondenti (11%) tuto účast neměli. Z respondentů jednotky intenzivní péče – nemocnice „I“ uvedlo 16 (80%) absolvovali kurzy v souvislosti s procesem adaptace na nové pracovní místo. 4 dotazované sestry (20%) kurzy neabsolvovaly. Výsledky šetření na pracovišti „M“ potvrzují 67% (12 sester) účast na vzdělávacích akcích, zatímco 33% (6 respondentů) z 18 sester (100%) touto formou vzdělávání neprošlo. Počet dotazovaných v nemocnici „T“ byl 15 sester (100%), přičemž 10 z nich (67%) absolvovalo a 5 (33%) neabsolvovalo semináře, organizované právě pro účel zaškolování nové pracovní síly. Výsledky výzkumu ve zdravotnickém zařízení „V“ jsou následovné: 13 všeobecných sester (87%) označilo možnost – ANO - měly zaškolovací semináře v rámci A. P. a 2 (13%) odpověděly – NE – součástí A. P. nebyly semináře.

Položka č. 17: Jak hodnotíte kvalitu teoretického obsahu Vašich seminářů, organizovaných v rámci vzdělávacího programu A. P.?



Graf č. 17: Spokojenost s teoretickým obsahem seminářů

Tab. č. 30: Spokojenost s teoretickým obsahem seminářů

	A. Č.	R. Č.
spokojen/á	75	68%
nespokojen/á	12	11%
nehodnotil/a	23	21%
celkem	110	100%

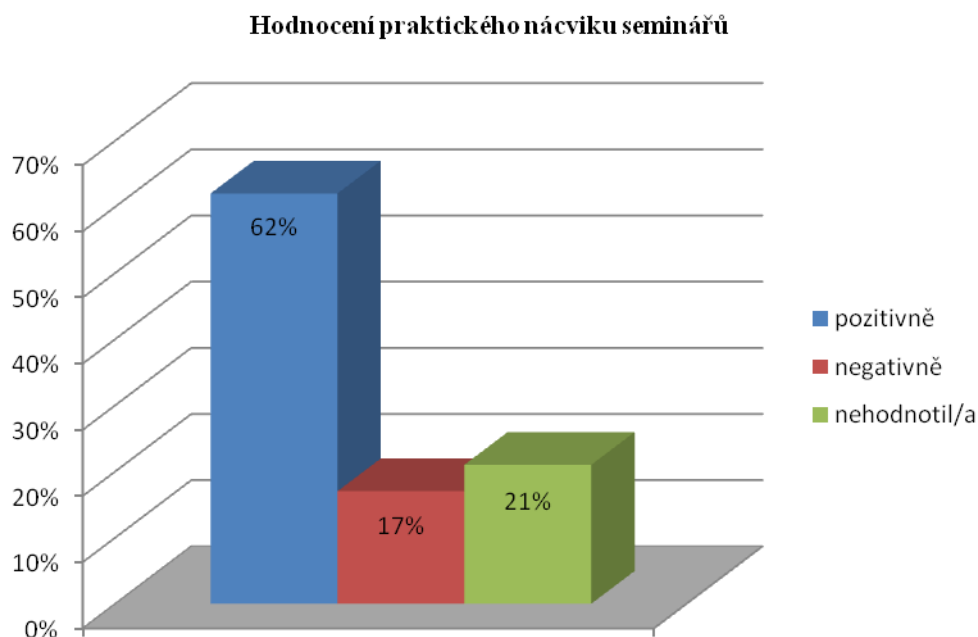
Spokojenost s teoretickým obsahem vzdělávacích kurzů vyjádřilo 75 respondentů (68%) z celkového počtu dotazovaných všeobecných sester – 110 (100%). 12 dalších (11%) nebylo spokojených, jelikož byli nepoužitelné pro jejich praxi. Zbývajících 23 dotazovaných (21%) kvalitu seminářů nehodnotilo. Důvodem nevyjádření se všeobecných sester k seminářům bylo jejich neabsolvování.

Tab. č. 31: Spokojenost s teoretickým obsahem seminářů – srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
spokojen/á	9	65%	5	50%	14	78%	16	80%	11	61%	10	67%	10	67%
nespokojen/á	3	21%	0	0%	2	11%	1	5%	4	22%	0	0%	2	13%
nehodnotil/a	2	14%	5	50%	2	11%	3	15%	3	17%	5	33%	3	20%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Výše uvedená tabulka (č. 31) uvádí přehled spokojenosti dotazovaných zaměstnanců daných nemocnic s teoretickým zaměřením seminářů, organizovaných za účelem zaškolování nově nastupujících všeobecných sester. V nemocnici „B“ z celkového počtu respondentů 14 (100%), vyjádřilo spokojenost 9 sester (65%), nespokojené byly 3 (21%) a zbývající 2 (14%) úroveň seminářů nehodnotily. Na jednotce intenzivní péče (JIP) na pracovišti „F“ se pozitivně vyjádřilo 5 dotazovaných (50%). Negativní stanovisko nezaujal ani jeden člen souboru (0%) a 5 dotazníků (50%) nehodnotilo teoretický obsah seminářů. Zdravotnické zařízení „H“ reprezentuje tyto výsledky: 14 sester (78%) – spokojených, 2 (11%) – nespokojené a 2 (11%) – nehodnotily. V nemocnici „I“ byl 1 nespokojený respondent (5%), 16-ti dotazovaným (80%) teorie vyhovovala a další 3 (15%) konkrétní stanovisko nevyslovili. Na pracovišti „M“ zaškrtnli možnost - spokojen/á - 11 zaškolujících se, odpověď - nespokojen/á - 4 (22%) a semináře nezhodnotili 3 respondenti (17%). Nemocnice „T“ zaměstnávala toho času v adaptačním procesu 10 respondentů (67%), kteří teoretický obsah označili za vyhovující, ale 5 zbývajících (33%) se k problematice - vyhovující/nevyhovující nevyjádřilo. Nespokojenost nebyla zaškrtnutá ani v jednom z dotazníků (0%) na této JIP. V nemocnici „V“ výsledky výzkumu dopadly následovně: 10 sester (67%) spadají do kategorie – spokojen/á, další 2 (13%) se zařadily do kategorie – nespokojen/á a 3 členové (20%) souborů dotazovaných úrovní teorie nehodnotilo.

Položka č. 18: Jak hodnotíte nácvik praktické zručnosti ve vzdělávacích seminářích nemocnice v rámci Vašeho zaškolování na novém pracovišti?



Graf č. 18: Hodnocení praktického nácviku seminářů

Tab. č. 32: Hodnocení praktického nácviku seminářů

	A. Č.	R. Č.
pozitivně	68	62%
negativně	19	17%
nehodnotil/a	23	21%
celkem	110	100%

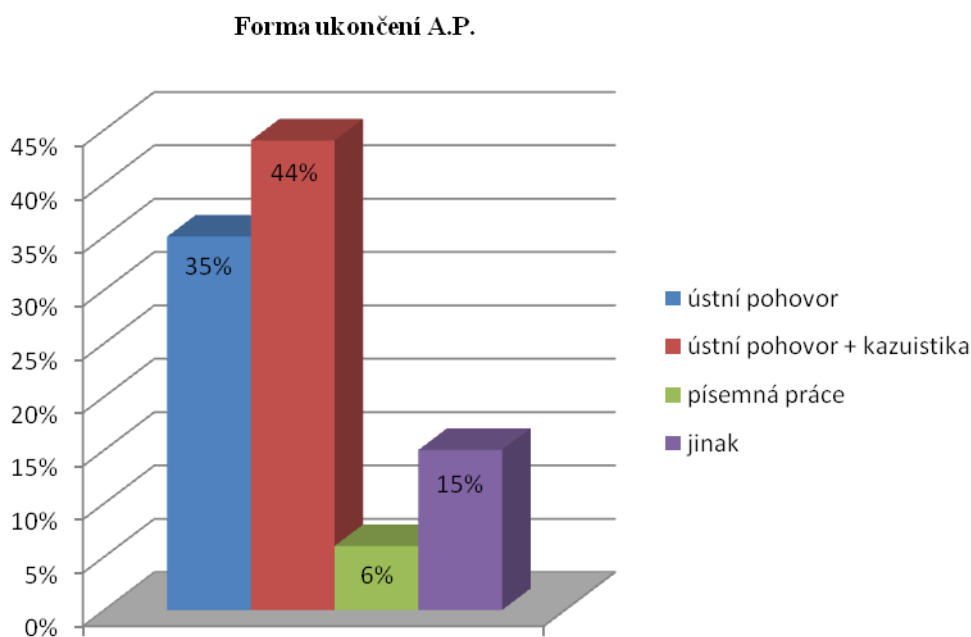
Spokojenost s praktickou částí vzdělávacích kurzů vyjádřilo 68 respondentů (62%) z celkového počtu dotazovaných všeobecných sester – 110 (100%). 19 dalších (17%) nebylo spokojených, jelikož nebyli součástí seminářů. Zbývajících 23 dotazovaných (21%) kvalitu seminářů nehodnotilo. Důvodem nevyjádření se všeobecných sester k seminářům bylo jejich neabsolvování.

Tab. č. 33: Srovnání hodnocení praktického nácviku seminářů mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
pozitivně	9	64%	4	40%	11	61%	14	70%	12	66%	9	60%	9	60%
negativně	3	21%	1	10%	5	28%	3	15%	3	17%	1	7%	3	20%
nehodnotil/a	2	15%	5	50%	2	11%	3	15%	3	17%	5	33%	3	20%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Tabulka č. 33 uvádí přehled názorů dotazovaných na nácvik praktických dovedností v rámci seminářů, organizovaných za účelem zaškolování nově nastupujících všeobecných sester. V nemocnici „B“ z celkového počtu respondentů 14 (100%), hodnotilo 9 sester (64%) praktika pozitivně, negativně 3 sestry (21%) a zbývající 2 (15%) úroveň seminářů nehodnotily. Na jednotce intenzivní péče (JIP) na pracovišti „F“ se pozitivně vyjádřily 4 z dotazovaných sester (40%). Negativní stanovisko zaujal 1 člen souboru (10%) a 5 dotazníků (50%) nehodnotilo praktický nácvik seminářů. Zdravotnické zařízení „H“ reprezentují tyto výsledky: 11 sester (61%) – spokojených, 5 (28%) – nespokojené a 2 (11%) – nehodnotily nácvik praktických úkonů. V nemocnici „I“ bylo 14 (70%) za pozitivní hodnocení, 3 respondenti (15%) měli záporné hodnocení a další 3 (15%) konkrétní stanovisko nevyslovili. Na pracovišti „M“ zaškrtnuli možnost - pozitivně - 12 zaškolujících se (66%), odpověď – negativně – 3 (17%) a semináře nezhodnotili 3 respondenti (17%). Nemocnice „T“ zaměstnávala toho času v adaptačním procesu 9 respondentů (60%), kteří nácvik praktických dovedností označili za vyhovující, 1 dotazovaný (7%) ho označil za nevyhovující a 5 dalších (33%) se k problematice - negativní/pozitivní hodnocení nevyjádřilo. V nemocnici „V“ výsledky výzkumu dopadly následovně: 9 sester (60%) spadají do kategorie – pozitivní hodnocení, 3 (20%) se zařadily do kategorie – negativní hodnocení a 3 členové (20%) souborů dotazovaných úroveň praktické částí seminářů nehodnotilo.

Položka č. 19: Jakou formou bylo/bude ukončené Vaše zaškolování v rámci adaptačního procesu?



Graf č. 19: Forma ukončení A. P.

Tab. č. 34: Forma ukončení A. P.

	A. Č	R. Č.
ústní pohovor	39	35%
ústní pohovor + kazuistika	48	44%
písemná práce	7	6%
jinak	16	15%
celkem	110	100%

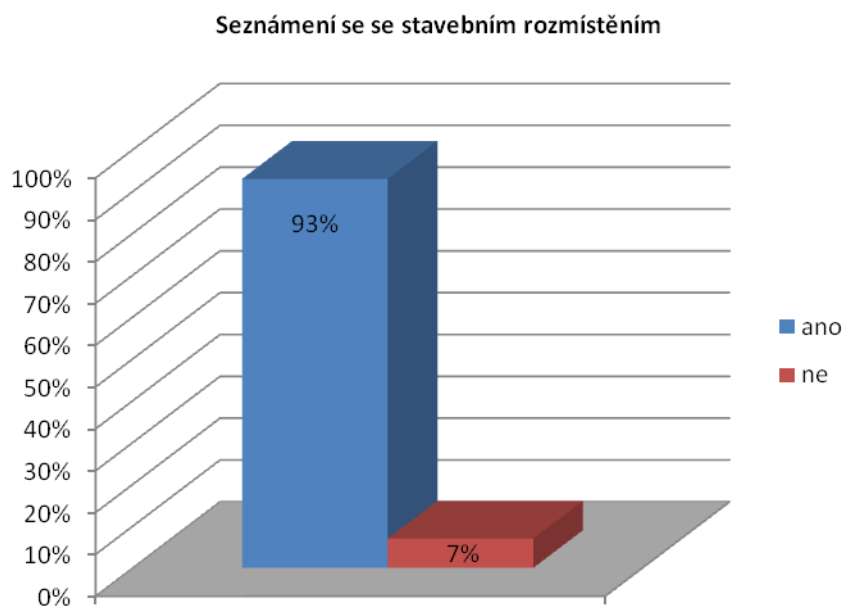
V otázce o formě ukončení adaptačního procesu (A. P.) měli respondenti možnost označit jednu ze čtyř možností. 39 všeobecných sester (35%) uzavřelo proces adaptace ústním pohovorem s hlavní, staniční sestrou a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. 48 dotazovaných (44%) muselo kromě absolvování pohovoru vypracovat i kazuistiku u konkrétního pacienta. U 7 (6%) z celkového souboru účastníků výzkumu – 110 (100%), mělo jako podmínku ukončení A. P. vypracování písemné práce se zadaným tématem. Naš dotazník umožňoval i uvedení vlastního příspěvku (**jinak**). Tuto možnost využilo 16 respondentů (15%), ale jenom 12 z nich konkrétně uvedlo jakou formou proběh závěr jejich A. P. (uvádíme je v diskuzi diplomové práce). Dotazník neumožňoval označení více možností.

Tab. č. 35: Formy ukončení A. P. v jednotlivých nemocnicích

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
ústní pohovor	2	14%	10	100%	7	39%	7	35%	1	5%	8	53%	4	27%
pohovor + kazuistika	12	86%	0	0%	4	22%	4	20%	10	56%	7	47%	11	73%
písemná práce	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	39%	0	0%	0	0%
jinak	0	0%	0	0%	7	39%	9	45%	0	0%	0	0%	0	0%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Výše uvedená tabulka (č. 35) poskytuje přehled o formách ukončení adaptačního procesu (A. P.) v jednotlivých zdravotnických zařízeních. V nemocnici „B“ bylo toho času 14 (100%) respondentů. Z toho 2 sestry (14%) ukončily A. P. ústním pohovorem, 12 zbývajících (86%) muselo kromě pohovoru vypracovat i kazuistiku. Ostatní dvě možnosti nebyly na této jednotce intenzivní péče (JIP) využité. Na pracovišti „F“ mělo všech 100% dotazovaných v závěru pracovní adaptace ústní pohovor s hlavní, staniční sestrou a s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. V zdravotnickém zařízení „H“ 7 respondentů (39%) zaškrtnulo možnost jinak, stejný počet sester (39%) zvolilo odpověď ústní pohovor a zbývajících 4 (22%) ukončilo A. P. kombinací pohovoru a kazuistiky. V nemocnici „I“ se žádný respondent (0%) nevyjádřil k možnosti – jenom písemné práce. 7 (35%) se hlásilo k odpovědi – ústní pohovor, 4 sestry (20%) měly navíc vypracování kazuistiky a posledních 9 (45%) se zařadilo do skupiny, ukončující A. P. jinak, než bylo uvedeno v předešlých možnostech. V nemocničním zařízení „M“ se 10 dotazovaných (56%) shodlo v ukončení pracovní adaptace ústním pohovorem a vypracováním kazuistiky. 1 (5%) měl v závěru A. P. jenom rozhovor u 7 sester (39%) byla podmínkou úspěšného ukončení adaptace, písemně vypracovaná práce na dané téma. Na pracovišti „T“ zaškrtnulo 8 dotazovaných (53%) – ústní pohovor a 7 (47%) odpověď – pohovor + kazuistika. Další dvě možnosti měly nulovou účast (0%) na odpovědích. V nemocnici „V“ ukončilo 73% zaškolujících se sester (11) A. P. absolvováním rozhovoru a zpracováním kazuistiky. U dalších 4 sester (27%) byla kazuistika vynechána.

Položka č. 20: Byl/a jste při příchodu na oddělení seznámen/a s jeho stavebním rozmístěním?



Graf č. 20: Seznámení se s stavebním rozmístěním

Tab. č. 36: Seznámen/neseznámen se stavebním rozmístěním

	A. Č.	R. Č.
seznámen/a	102	93%
neseznámen/a	8	7%
celkem	110	100%

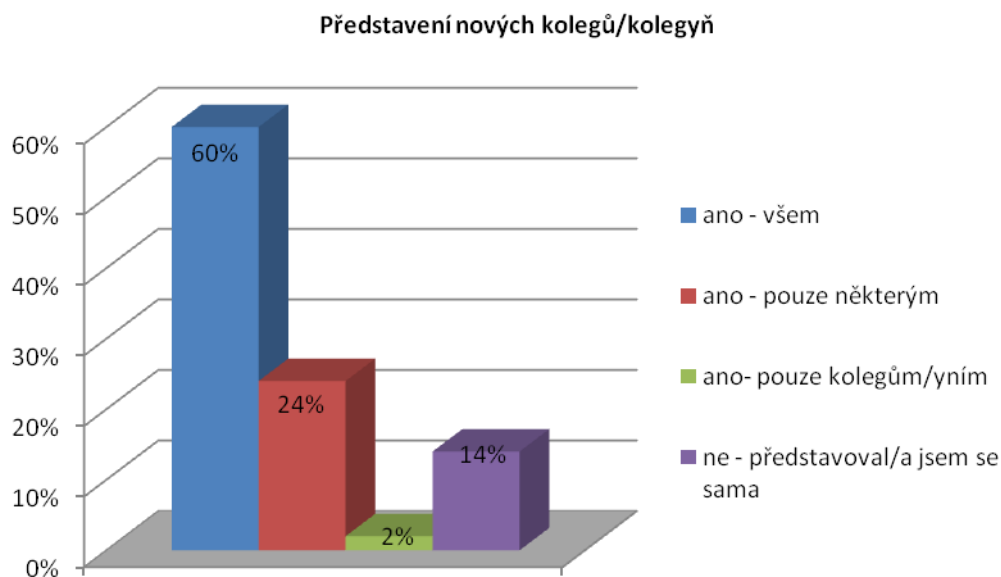
Převážná většina (102, 93%) respondentů byla při nástupu na jednotku intenzivní péče seznámena s jejím stavebním rozmístěním. 8 dotazovaných (7%) zahájilo proces adaptace, aniž by je kompetentní osoba (hlavní, staniční sestra, zaškolující pracovník) provedla oddělením, které se v okamžiku nástupu stává jejích pracovním prostředím.

Tab. č. 37: Srovnání nemocnic při informování o stavebním rozmístění oddělení

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
seznámen/a	13	93%	8	80%	18	100%	19	95%	18	100%	15	100%	11	73%
neseznámen/a	1	7%	2	20%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	4	27%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Problematiku obeznámení nových všeobecných sester se stavebním rozmístněním oddělení v jednotlivých nemocnicích rozebírá tabulka č. 37. 13 všeobecných sester (93%) z celkového počtu respondentů 14 (100%) v nemocnici „B“ uvedlo, že byly seznámené s rozmístněním jednotky intenzivní péče (JIP). 1 respondent (7%) tento fakt popírá. Na pracovišti „F“ 8 sester (80%) zahájily proces adaptace obeznámením se s prostorovým rozložením pracoviště prostřednictvím kompetentní osoby. 2 dotazovaní (20%) se postupem času seznámili s rozložením oddělení samostatně. V zařízení „H“ byla všem účastníkům výzkumu (18, 100%) poskytnutá možnost přehlídky jednotky, kterou vedl většinou zaškolující pracovník. Z respondentů jednotky intenzivní péče – nemocnice „I“ bylo 19 (95%) provedeno prostory kompetentní osobou, ale u 1 (5%) dotazovaného k oficiálnímu provedení zaškolujícím nedošlo. Výsledky šetření na pracovišti „M“ potvrzují, že všech 18 nově nastupujících sester (100%) provedl oddělením školitel/mentor. Stejný výsledek (15 dotazovaných, 100%) byl zaznamenán i na JIP v nemocnici „T“. Výsledky výzkumu ve zdravotnickém zařízení „V“ jsou následovné: 11 všeobecných sester (73%) označilo možnost – seznámen/á, zbývající 4 (27%) – neseznámen/á se stavebním rozmístněním pracoviště.

Položka č. 21: Byl/a jste při nástupu do současného zaměstnání představen/a členům zdravotnického týmu?



Graf č. 21: Představení nových kolegů/kolegyň

Tab. č. 38: Představení/nepředstavení nového kolegy/kolegyně

	A. Č	R. Č.
ano - všem	66	60%
ano - pouze některým	27	24%
ano - představen pouze kolegům/kolegyním	1	2%
ne - představoval/a jsem se sama	16	14%
celkem	110	100%

Z grafu č. 21 a tabulky č. 38 je možno vyčíst, že více než polovina dotazovaných (66, 60%) byla při nástupu na konkrétní jednotku intenzivní péče představená všem, s kterými přicházeli do kontaktu. 27 členů výzkumného souboru (24%) bylo představeno pouze některým a 1 respondent (2%) byl představen jenom kolegům/yním – sestrám. 16 posledních z dotazovaných se představovali spolupracovníkům sami.

Tab. č. 39: Představení nového kolegy/kolegyně – srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	11	79%	7	70%	5	28%	11	55%	13	72%	11	73%	8	53%
II.	3	21%	2	20%	9	50%	6	30%	0	0%	3	20%	4	27%
III.	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
IV.	0	0%	1	10%	3	17%	3	15%	5	28%	1	7%	3	20%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Legenda: I. – ano, všem

II. – ano, pouze některým

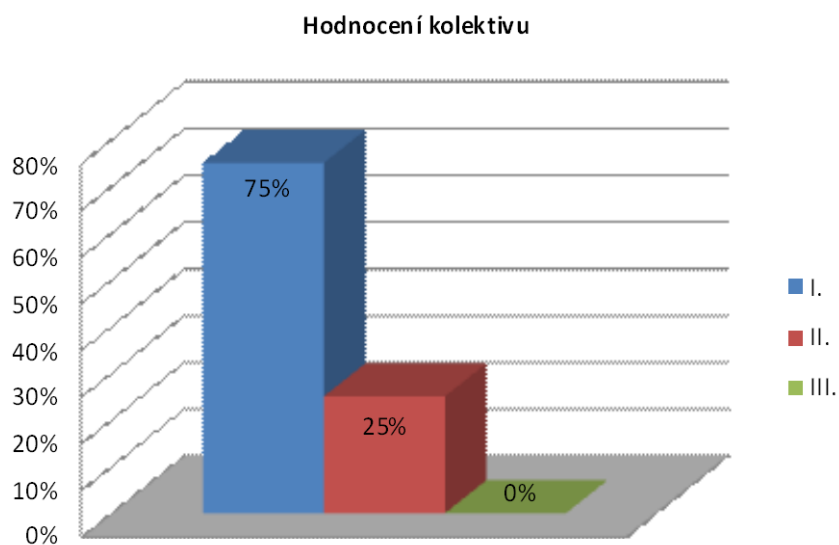
III. – ano, představen pouze kolegům/kolegyním

IV. – ne, představoval/a jsem se sama

Uvedená tabulka (č. 39) obsahuje číselné fakty ohledně představování nových spolupracovníků členům pracovního týmu na jednotkách intenzivní péče (JIP) ve vybraných nemocnicích. V nemocnici „B“ jsme měli 14 (100%) respondentů. Z toho 11 sester (79%) bylo oficiálně představeno zaškolujícím pracovníkem (případně hlavní, staniční sestrou) všem. 3 další (21%) pouze některým. Na pracovišti „F“ uvedlo 7 dotazovaných (70%), že byli představeni všem přítomným, 2 (20%) jenom některým a 1 respondent (10%) se pokaždé představoval sám. Ve zdravotnickém zařízení „H“ 5 účastníků (28%) zaškrtnulo možnost – představen/á všem, 9 (50%) – představen/á pouze některým, 1 (5%) – představen/á pouze sestrám a nakonec 3 poslední (17%) se uváděli do kolektivu sami. V nemocnici „I“ se kompetentní osoba postarala o představení 11 dotazovaných (55%) všem spolupracovníkům, u 6 sester (30%) jenom některým a 3 zbývajících (15%) se představovali sami. V nemocničním zařízení „M“ se 13 dotazovaných (73%) shodlo ve volbě odpovědi – byl/a představen/á všem, 3 (20%) odpověděli – představen/á pouze některým a 1 respondent (7%) zaškrtnul možnost – představoval/a jsem se sám/a. Na JIP (pracoviště „T“) zaškrtnulo 11 dotazovaných (73%) – byl/a jsem představen/á všem. 3 sestry (20%) spadají do kategorie lidí, kteří byli představeni jenom některým a 1 (7%) uváděl své jméno sám. V nemocnici „V“ bylo při nástupu uvedených do kolektivu nejspíš zaškolujícím pracovníkem 14 nových sester. 8 z nich (53%) bylo představených všem, s kterými přicházeli do kontaktu a 4 další (27%) jenom některým. Zbývajících 3 respondenti se představovali sami.

Odpovědi, které měli nulové zastoupení, jsem v komentáři neuváděla.

Položka č. 22: Jak hodnotíte prostředí v kolektivu, když jste zažádal/a o pomoc nebo radu?



Graf č. 22: Hodnocení kolektivu v práci

Legenda: I. když jsem potřeboval/a ujistit v práci, dostalo se mi okamžité pomoci
 II. jenom někteří kolegové jsou ochotni pomoc
 III. většinou byla moje žádost o pomoc ignorovaná

Tab. č. 40: Hodnocení kolektivu v práci

	A. Č.	R. Č.
I.	83	75%
II.	27	25%
III.	0	0%
celkem	110	100%

Legenda: I. – když jsem potřeboval/a ujistit v práci, dostalo se mi okamžité pomoci
 II. – jenom někteří kolegové jsou ochotni pomoc
 III. – většinou byla moje žádost o pomoc ignorována

83 účastníků (75%) našeho výzkumu se vyjádřilo velice kladně o svém pracovním kolektivu. Vždy, když v průběhu svého zaškolování potřebovali ujistit v práci, dostalo se jim okamžité pomoci. 27 dotazovaných (25%) už mělo i horší zkušenosti při zažádání kolegu/yně o pomoc. Ani jeden ze zúčastněných (0%) se však nevyjádřil o převládání ignorace ze strany spolupracovníků na pracovišti.

Tab. č. 41: Hodnocení prostředí v kolektivu – srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	11	79%	9	90%	11	61%	16	80%	11	61%	13	87%	12	80%
II.	3	21%	1	10%	7	39%	4	20%	7	39%	2	13%	3	20%
III.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

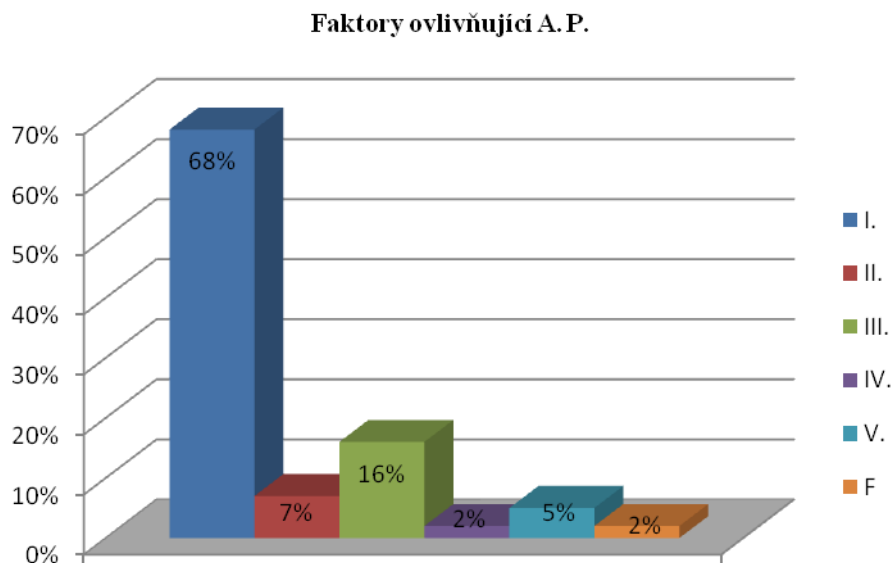
Legenda: I. když jsem potřeboval/a ujistit v práci, dostalo se mi okamžité pomoci

II. jenom někteří kolegové jsou ochotní pomoci

III. většinou byla moje žádost o pomoc ignorována

V tabulce č. 41 předkládám náhled na hodnocení pracovního kolektivu samotným zaškolujícím se ve všech zdravotnických zařízeních, v kterých jsem vedla dotazníkové šetření. 11 všeobecných sester (79%) z celkového počtu respondentů v nemocnici „B“ uvedlo, že jim byla pomoc poskytnutá kdykoliv, kdy si o ni zažádali. 3 dotazovaným (21%) byli ochotní pomoci jenom někteří kolegové. Na pracovišti „F“ mělo velice dobré zkušenosti se spoluprací 9 (90%) z 10 (100%) zaškolujících se sester. V 1 dotazníku (10%) byla uvedena odpověď – jenom někteří byli ochotní pomoci. Kolektiv nemocnice „H“ označilo za velice vstřícný 11 respondentů (61%) a zbývajících 4 (39%) se setkala i s neochotou. Z respondentů kardiologické jednotky intenzivní péče – nemocnice „I“ označilo 16 (80%) dotazovaných spolupráci s ošetrovatelským týmem za velmi dobrou ale 4 sestry (20%) mělo výhrady vůči některým členům tohoto týmu. Výsledky šetření na pracovišti „M“ ukazují o bezproblémovém poskytnutí pomoci 11 novým sestrám (61%), ale v 7 případech (39%) se vyskytla i neochota. Celkový počet dotazovaných v nemocnici „T“ je 15 sester (100%) a 13 z nich (87%) se vyjádřilo ve smyslu poskytnutí „pomocné ruky“ od jakéhokoliv člena ošetrovatelského týmu. 2 všeobecné sestry (13%) se setkaly u některých členů kolektivu i s odmítnutím pomoci. Výsledky výzkumu ve zdravotnickém zařízení „V“ jsou: 12 sester (80%) se mohlo kdykoliv spolehnout na spolupráci s kolektivem, ale u dalších 3 (20%) respondentů se vyskytla i neochota ze strany některých kolegů.

Položka č. 23: Který z faktorů považujete za nejpodstatnější při zvládání stresové zátěže v rámci adaptačního procesu na novém pracovišti?



Graf č. 23: Faktory ovlivňující A. P.

Legenda:

- I. Interpersonální vztahy
- II. Rozdíl mezi výukou ve škole a realitou v praxi
- III. Vysoká psychická zátěž
- IV. Vysoká fyzická zátěž
- V. Péče o těžce nemocné a umírající pacienty
- VI. Manipulace s četným přístrojovým vybavením oddělení

Tab. č. 42: Faktory ovlivňující A. P.

	A. Č.	R. Č.
I.	75	68%
II.	8	7%
III.	17	16%
IV.	2	2%
V.	6	5%
VI.	2	2%
celkem	110	100%

Legenda:

- I. Interpersonální vztahy
- II. Rozdíl mezi výukou ve škole a realitou v praxi
- III. Vysoká psychická zátěž
- IV. Vysoká fyzická zátěž
- V. Péče o těžce nemocné a umírající pacienty
- VI. Manipulace s četným přístrojovým vybavením oddělení

75 dotazovaných sester (68%) označilo interpersonální vztahy na pracovišti za nejpodstatnější faktor při zvládání stresu v průběhu adaptačního procesu (A. P.). V pořadí druhá, jedničkou nejčastěji označovaná odpověď, byla vysoká psychická zátěž při práci na jednotce intenzivní péče (JIP). Označilo ji 17 dotazovaných (16%). 8 respondentů (7%) si jako jedničku – nejpodstatnější faktor, zvolilo možnost – rozdíl mezi výukou ve škole a realitou v praxi. Péče o těžce nemocné a umírající pacienty sehrává podle 6 všeobecných sester (5%) nejdůležitější roli ve zvládání stresové zátěže u „nováčků“ na JIP. Vysoká fyzická zátěž a manipulace s četným přístrojovým vybavením oddělení označilo jedničkou stejný počet účastníků výzkumu – 2 sestry (2%).

Otázka č. 23 neumožňovala přidělení stejného čísla dvěma možnostem.

Tab. č. 43: Zhodnocení faktorů ovlivňující A. P. – Srovnání mezi nemocnicemi

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	11	79%	6	60%	15	83%	13	65%	8	44%	12	80%	10	67%
II.	1	7%	1	10%	0	0%	0	0%	4	22%	1	7%	1	7%
III.	1	7%	1	10%	3	17%	7	35%	5	28%	0	0%	0	0%
IV.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	12%
V.	1	7%	1	10%	0	0%	0	0%	1	6%	2	13%	1	7%
VI.	0	0%;	1	10%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	7%
celkem	14	100%	10	100%	18	100%	20	100%	18	100%	15	100%	15	100%

Legenda:

- I. Interpersonální vztahy
- II. Rozdíl mezi výukou ve škole a realitou v praxi
- III. Vysoká psychická zátěž
- IV. Vysoká fyzická zátěž
- V. Péče o těžce nemocné a umírající pacienty
- VI. Manipulace s čteným přístrojovým vybavením oddělení

Výše uvedená tabulka (č. 43) poskytuje přehled o vyhodnocení nejpodstatnějšího faktoru, ovlivňujícího zvládání stresu zaškolujících se sester v sedmi pražských nemocnicích. 11 dotazovaných sester (79%) na jednotce intenzivní péče v nemocnici „B“ označilo jako jedničku - interpersonální vztahy a zbývajících 3 respondenti byli pro odpovědi: rozdíl mezi výukou ve škole s realitou v praxi (7%), vysoká psychická zátěž (7%) a péče o těžce nemocné a umírající (7%). Na pracovišti „F“ se za nejdůležitější faktor při zvládání stresu v průběhu A. P. shodlo 6 dotazovaných (60%) v uvedení vztahů v kolektivu (I.). Sestry této JIP označili jedničkou ještě možnosti: I. (10%), III. (10%), V. (10%) a VI. (10%). 15 dotazovaných (83%) na oddělení nemocnice „H“ hodnotilo interpersonální vztahy jako nejdůležitější faktor pracovní adaptace. 3 další (17%) se v tomto znění vyjádřilo o vysoké psychické zátěži. Jedničkou nejčastěji označovaná odpověď I. – 13 respondentů (65%) se vyskytovala i ve zdravotnickém zařízení „I“, 7 (35%) si za hlavní faktor zvolilo – vysoká psychická zátěž při práci na jednotce intenzivní péče (JIP). Výsledky na pracovišti „M“ vypovídají o tom, že za nejpodstatnější faktor A. P. si 8 sester (44%) zvolilo odpověď I., 4 další (22%) možnost II. 5 respondentů (28%) bylo názorů, že vysoká psychická zátěž práce sestry hraje hlavní roli při zvládání zátěže v procesu adaptace. 1 dotazovaný (6%) označil za jedničku péči o těžce nemocné a umírající pacienty. Z účastníků výzkumu nemocnice „T“ si 12 z nich (80%) za nejdůležitější faktor zvolilo možnost – interpersonální vztahy, 1 (7%) rozdíl mezi výukou ve škole a

realitou v praxi a poslední 2 (13%) náročnou péčí o pacienty s infaustní prognosou (V.). Výsledky hodnocení nejpodstatnějšího faktoru ve zdravotnickém zařízení „V“ dopadly následovně: 10 dotazovaných (67%) přiřadilo jedničku interpersonálním vztahům, 7% možnosti rozdílům mezi výukou ve škole a realitou v praxi, 2 odpovědi (12%) se přikláněly k vysoké fyzické zátěži. V 1 dotazníků (7%) byla jedničkou označená péče o těžce nemocné a zbývající 1 respondent (7%) uvedl za nejpodstatnější faktor manipulaci s četným přístrojovým vybavením JIP.

Možnosti s nulovou účastí na odpovědích (0%) jsme neuváděli.

Položka č. 24: Zde je místo pro Vaše vlastní názory na adaptační proces nově nastupujících sester. Zhodnoťte Váš A. P., pozitivní i negativní zkušenosti, případně návrhy k efektivnímu začleňování se do pracovního procesu. Prosím Vás o vyjádření se k otázce, zda úroveň A. P. a jeho délka byla pro Vás dostačující k tomu aby jste se mohl/a plně začlenit do pracovního procesu na oddělení.

Z důvodu malého zájmu dotazovaných všeobecných sester o vyjádření vlastního názoru na proces zaškolování, k položce č. 24 neuvádím ani graf ani tabulky. K otázce se vyjádřilo 30 dotazovaných z celkového počtu 110. V 25 odpovědích převažovala relativní spokojenost s průběhem A. P. 5 respondentů spojovala odpověď typu, že se museli spíš spoléhat sami na sebe, na samostudium. Nespokojenost s délkou procesu adaptace nevyjádřil ani jeden z odpovídajících.

CÍL: Zjistit, zda stupeň dosaženého vzdělání všeobecných sester hraje roli v délce nástupní praxe ve zdravotnických zařízeních.

HYPOTÉZA: Předpokládáme, že více než 75% zdravotnických zařízení nedělá rozdíly v délce trvání adaptačního procesu všeobecných sester v závislosti na stupni jejich nejvyššího dosaženého vzdělání.

Tab. č. 44: Závislost délky A. P. na dosaženém vzdělání sester se SZŠ

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	3	43%	4	80%	5	63%	7	70%	7	58%	2	29%	8	73%
II.	4	57%	1	20%	1	12%	3	30%	3	25%	5	71%	3	27%
III.	0	0%	0	0%	2	25%	0	0%	2	17%	0	0%	0	0%
celkem	7	100%	5	100%	8	100%	10	100%	12	100%	7	100%	11	100%

Legenda: I. od 0 do 3 měsíců

II. od 3 do 6 měsíců

III. od 6 do 12 a více měsíců

Tab. č. 45: Závislost délky A. P. na dosaženém vzdělání sester s Dis.

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	2	67%	0	0%	2	100%	3	100%	0	0%	2	67%	1	100%
II.	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%	1	33%	0	0%
III.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%
celkem	3	100%	0	0%	2	100%	3	100%	2	100%	3	100%	1	100%

Legenda: I. od 0 do 3 měsíců

II. od 3 do 6 měsíců

III. od 6 do 12 a více měsíců

Tab. č. 46: Závislost délky A. P. na dosaženém vzdělání sester s Bc.

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	1	25%	1	33%	0	0%	2	100%	4	100%	2	50%	0	0%
II.	3	75%	2	67%	1	50%	0	0%	0	0%	2	50%	2	100%
III.	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
celkem	4	100%	3	100%	2	100%	2	100%	4	100%	4	100%	2	100%

Legenda: I. od 0 do 3 měsíců
 II. od 3 do 6 měsíců
 III. od 6 do 12 a více měsíců

Tab. č. 47: Závislost délky A. P. na dosaženém vzdělání sester s Mgr.

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	0	0%	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
II.	0	0%	1	50%	1	50%	3	100%	0	0%	1	100%	0	0%
III.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
celkem	0	0%	2	100%	2	100%	3	100%	0	0%	1	100%	0	0%

Legenda: I. od 0 do 3 měsíců
 II. od 3 do 6 měsíců
 III. od 6 do 12 a více měsíců

Tab. č. 48: Závislost délky A. P. na dosaženém vzdělání sester s ARIP

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	0	0%	0	0%	3	75%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
II.	0	0%	0	0%	1	25%	2	100%	0	0%	0	0%	1	100%
III.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
celkem	0	0%	0	0%	4	100%	2	100%	0	0%	0	0%	1	100%

Legenda: I. od 0 do 3 měsíců
 II. od 3 do 6 měsíců
 III. od 6 do 12 a více měsíců

Z tabulek č. 44, 45, 46, 47 a 48 jsem názorně uvedla délky trvání adaptačních procesů (A. P.) v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Z tabulky č. 46 vyplývá, že ani jedná z uvedených nemocnic, nepreferovala u všeobecných sester se střední

zdravotnickou školou konkrétní časové rozmezí trvání A. P. V nemocnicích „H“ a „M“ se vyskytli 2 případy, kdy proces adaptace přesahoval 6 měsíců.

U diplomovaných sester se jenom v zdravotnickém zařízení „M“ vyskytl 1 případ, v kterém adaptace trvala déle než 6 měsíců. U většiny dotazovaných byla zaškrtnutá převážně možnost kratší doby trvání A. P. (od 0 do 3 měsíců).

U skupiny všeobecných sester s vysokoškolským bakalářským vzděláním jsou výsledky následovné. V nemocnici „B“ 75% respondentů se adaptovalo na pracovní prostředí 3 až 6 měsíců. Na jednotce intenzivní péči na pracovišti „F“ mělo stejné časové rozmezí adaptačního procesu 67% sester. V zdravotnickém zařízení „H“ byli 2 dotazovaní s bakalářským vzděláním. 1 sestra zaškrtnula možnost II. a další odpověď byla III. Na pracovišti „I“ – 100% účast na odpovědi I. Stejný výsledek byl i v nemocnici „M“. Na JIP „T“ trval A. P. u dvou sester v rozmezí od 0 do 3 měsíců a u zbývajících dvou sester od 3 do 6 měsíců. U 100% dotazovaných s titulem Bc. na oddělení „V“ byla délka pracovní adaptace od 3 do 6 měsíců.

U souboru respondentů s vysokoškolským magisterským vzděláním a u sester s ARIP-em je složité objektivně zhodnotit délku A. P. Důvodem je nízké zastoupení (Mgr. – 8 sester, ARIP – 7 sester) a v některých zdravotnických zařízeních je jejich zastoupení nulové. Co se ale týče uvedených odpovědí, tak jejich zastoupení se rozložilo do možností I. i II. Časové rozmezí od 6 až 12 měsíců nebylo uvedené ani jednou (0%).

Otázka: Jestli délka A. P. všeobecných sester souvisí s jejich předešlou praxí ve zdravotnictví?

Tab. č. 49 : Závislost délky A. P. na předešlé praxi – sestry s předešlou praxí

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	3	33%	2	67%	11	69%	5	56%	3	50%	1	14%	3	43%
II.	6	67%	1	33%	2	13%	4	44%	2	33%	6	86%	4	57%
III.	0	0%	0	0%	3	18%	0	0%	1	17%	0	0%	0	0%
celkem	9	100%	3	100%	16	100%	9	100%	6	100%	7	100%	7	100%

Legenda: I. od 0 do 3 měsíců
 II. od 3 do 6 měsíců
 III. od 6 do 12 a více měsíců

Tabulka č. 49 představuje délku A. P. u sester se zkušenostmi s prací ve zdravotnictví. Dle výsledků výzkumu lze vyvodit, že ve většina zdravotnických zařízení se délka A. P. pohybovala v rozmezí od 0 až 6 měsíců. Výnimkou je pracoviště „H“, kde u 3 sester (18%) proces adaptace přesahoval půl roku a v nemocnici „M“ se obdobný případ vyskytl jednou (17%).

Tab. č. 50: Závislost délky A. P. na předešlé praxi – sestry bez předešlé praxe

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	3	60%	4	57%	0	0%	7	64%	8	68%	5	63%	6	75%
II.	2	40%	3	43%	2	100%	4	36%	2	16%	3	37%	2	25%
III.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	16%	0	0%	0	0%
celkem	5	100%	7	100%	2	100%	11	100%	12	100%	8	100%	8	100%

Legenda: I. od 0 do 3 měsíců
 II. od 3 do 6 měsíců
 III. od 6 do 12 a více měsíců

Tabulka č. 50 udává přehled o časovém průběhu procesu adaptace u sester bez předešlé praxe v zdravotnických zařízeních. Opět se délka A. P. u téměř celé příslušné skupiny dotazovaných pohybuje v rozmezí 0 až 6 měsíců. V nemocnici „M“ se vyskytli 2 případy (16%), kdy adaptace přetrvávala dobu delší než půl roku.

U obou skupin sester (s i bez předešlé praxe) bylo zastoupení do kategorií I. a II. v daných nemocnicích různé. Proto nelze tvrdit, že sestry s předešlou praxí mají automaticky kratší dobu adaptace (teda 0 až 3 měsíce) než sestry bez předešlé praxe.

CÍL: Zjistit, zda jsou všeobecné sestry v průběhu adaptačního procesu zaškolované přiděleným školitelem/mentorem.

HYPOTÉZA: Předpokládáme, že ve více než 80% případů je zaškolujícím pracovníkem nových všeobecných sester vedoucí směny.

Tab. č. 16: osoba v roli zaškolujícího

	A. Č.	R. Č.
mentor/školitel	41	37%
vedoucí směny	65	59%
staniční sestra	2	2%
vlastní příspěvek	2	2%
celkem	110	100%

(Tabulka má číslo 16, protože je totožná s tabulkou v položce č. 10)

Z celkového počtu účastníků výzkumu 110 (100%), 41 respondentů (37%) označilo za osobu v roli zaškolujícího mentora/školitele, 65 všeobecných sester (59%) zaškrtnulo možnost – vedoucí směny a 2 dotazované osoby (2%) zvolilo možnost – staniční sestra konkrétní jednotky intenzivní péče. Ve dvou případech (2%) se objevil vlastní příspěvek, kde byla dopsaná odpověď - nikdo mě neškolil.

Hypotéza nebyla potvrzená, protože vedoucí směny zaškoloval 65 nových všeobecných sester, což činí 59% z celkového počtu respondentů 110 (100%).

Otázka: Jestli je školitel/mentor v jednotlivých nemocnicích přidělen pouze novým všeobecným sestrám bez předešlé praxe ve zdravotnictví?

Cílem této otázky je zamyslet se nad spojitostí přidělení školitele/mentora nově nastupujícím sestrám s jejich předešlými zkušenostmi s poskytováním ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. Jak jsme se dozvěděli z položky č. 4, výzkumu se účastnilo 51 respondentů (46%) bez předešlé praxe. 41 všeobecných sester (37%) se vyjádřilo, že jich zaškoloval zvlášť vyčleněný pracovník – školitel/mentor.

Tab. č. 51: Přidělení mentora/školitele sestrám s předešlou praxí

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	2	22%	0	0%	6	38%	3	33%	1	17%	0	0%	0	0%
II.	7	78%	3	100%	10	62%	46	66%	25	83%	7	100%	7	100%
celkem	9	100%	3	100%	16	100%	9	100%	6	100%	7	100%	7	100%

Legenda: I. mentor/školitel

II. jiný pracovník (staniční sestra, vedoucí směny, ...)

Tab. č. 52: Přidělení mentora/školitele sestrám bez předešlé praxe

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	4	80%	0	0%	2	100%	8	73%	9	75%	2	25%	4	50%
II.	1	20%	7	100%	0	0%	3	27%	3	25%	6	75%	4	50%
celkem	5	100%	7	100%	2	100%	11	100%	12	100%	8	100%	8	100%

Legenda: I. mentor/školitel

II. jiný pracovník (staniční sestra, vedoucí směny, ...)

Z tabulek č. 51 a č. 52 vyplývá, že vyškolený mentor/školitel vedl adaptační proces všeobecných sester v daných zdravotnických zařízeních nezávisle na tom, jestli se jednalo o absolventa, sestru bez nebo s předešlou praxí ve zdravotnictví. Výnimku tvoří nemocnice „F“, kde mentor/školitel nezaškoloval ani jednu sestru.

CÍL: Zjistit, zda nemocnice akceptují délku adaptačního procesu všeobecných sester, navrhovanou Ministerstvem zdravotnictví České republiky dle metodického pokynu k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky ze dne 29. 7. 2009.

HYPOTÉZA: Předpokládáme, že ve více než 90% případů adaptačního procesu všeobecných sester, nemocnice akceptují jeho délku trvání, navrhovanou Ministerstvem zdravotnictví v metodickém pokynu o realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Pro přehlednost jsem si respondenty rozdělila do dvou kategorií – s předešlou praxí ve zdravotnictví a bez ní.

Tab. č. 53: Závislost délky A. P. na předešlé praxi – sestry bez předešlé praxe

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	3	60%	4	57%	0	0%	7	64%	8	68%	5	63%	6	75%
II.	2	40%	3	43%	2	100%	4	36%	2	16%	3	37%	2	25%
III.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	16%	0	0%	0	0%
celkem	5	100%	7	100%	2	100%	11	100%	12	100%	8	100%	8	100%

Legenda: I. od 0 do 3 měsíců
 II. od 3 do 6 měsíců
 III. od 6 do 12 a více měsíců

Tabulka č. 53 podává přehled délky trvání adaptačního procesu u sester, pro které se toho času jednalo o jejich první zaměstnání v roli všeobecné sestry. Do této skupiny se zařazují absolventi škol a lidé, kteří předtím pracovali mimo zdravotnictví, nebo bylo mimo zdravotnictví více než 2 roky. Adaptační proces by dle doporučení metodického pokynu MZ ČR měl u této skupiny zaměstnanců trvat od 2 až 6 měsíců. Prolínání 3. měsíce v doporučení MZ ČR nám komplikovalo začleňování respondentů a proto jsem si dovolila přizpůsobit si časové rozmezí následovně: I. od 0 do 3 měsíců pro sestry s předešlou nepřerušenou praxí ve zdravotnictví, II. od 3 do 6 měsíců a III. od 6 do 12 měsíců jsou rozmezí určené pro absolventy a sestry s přerušením práce ve zdravotnictví na dobu delší než 2 roky. Ministerstvo zdravotnictví však ponechává kompetentním pracovníkům nemocnice možnost přizpůsobit délku adaptačního procesu a to vzhledem k znalostem a dovednostem konkrétní sestry.

Tab. č. 54: Závislost délky A. P. na předešlé praxi – sestry s předešlou praxí

nemocnice	B		F		H		I		M		T		V	
	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.	A.Č.	R.Č.
I.	3	33%	2	67%	11	69%	5	56%	3	50%	1	14%	3	43%
II.	6	67%	1	33%	2	13%	4	44%	2	33%	6	86%	4	57%
III.	0	0%	0	0%	3	18%	0	0%	1	17%	0	0%	0	0%
celkem	9	100%	3	100%	16	100%	9	100%	6	100%	7	100%	7	100%

Legenda: I. od 0 do 3 měsíců
 II. od 3 do 6 měsíců
 III. od 6 do 12 a více měsíců

V tabulce č. 54 mám sestry s předešlými zkušenostmi s poskytováním ošetrovatelské péče ve zdravotnictví. Metodický pokyn MZ ČR neudává přesní dobu trvání adaptačního procesu u této skupiny sester. V rámci našeho výzkumu jim bylo přidělené doporučené různé časové rozmezí od 0 do 3 měsíců, od 3 do 6 měsíců a dokonce se vyskytli i případy, kdy proces adaptace trval přes půl roku (v nemocnici „H“ a „M“).

CÍL: Zjistit, zda všeobecné sestry vyjadřují spokojenost s teoretickým a praktickým obsahem školení nemocnic v rámci vzdělávání v průběhu adaptačního procesu.

HYPOTÉZA: Předpokládáme, že více než 60% všeobecných sester vyjadřuje spokojenost s teoretickým obsahem výuky v rámci vzdělávání v průběhu adaptačního procesu.

Tab. č. 30: Spokojenost s teoretickým obsahem seminářů

	A. Č.	R. Č.
spokojen/á	75	68%
nespokojen/á	12	11%
nehodnotil/a	23	21%
celkem	110	100%

(tabulky má číslo 30, protože je totožná s tabulkou v položce č. 17)

Spokojenost s teoretickým obsahem vzdělávacích kurzů vyjádřilo 75 respondentů (68%) z celkového počtu dotazovaných všeobecných sester – 110 (100%). 12 dalších (11%) nebylo spokojených, jelikož byli nepoužitelné pro jejich praxi. Zbývajících 23 dotazovaných (21%) kvalitu seminářů nehodnotilo. Důvodem nevyjádření se všeobecných sester k seminářům bylo jejich neabsolvování.

Výsledkem výzkumu potvrzujeme pravdivost hypotézy. Spokojenost s teoretickým obsahem vzdělávacích seminářů vyjádřilo 75 respondentů, což činí 68% z celkového množství dotazovaných.

HYPOTÉZA: Předpokládáme, že méně než 55% všeobecných sester vyjadřuje spokojenost s nácvikem praktické zručnosti ve vzdělávacích programech zdravotnických zařízení v rámci adaptačního procesu.

Tab. č. 32: Hodnocení praktického nácviku seminářů

	A. Č.	R. Č.
pozitivně	68	62%
negativně	19	17%
nehodnotil/a	23	21%
celkem	110	100%

(tabulka má číslo 32, protože je totožná s tabulkou v položce č. 18)

Spokojenost s praktickou částí vzdělávacích kurzů vyjádřilo 68 respondentů (62%) z celkového počtu dotazovaných všeobecných sester – 110 (100%). 19 dalších (17%) nebylo spokojených, jelikož nebyli součástí seminářů. Zbývajících 23 dotazovaných (21%) kvalitu seminářů nehodnotilo. Důvodem nevyjádření se všeobecných sester k seminářům bylo jejich neabsolvování.

62% spokojených respondentů vyvrací hypotézu ohledně nácviku praktických dovedností v rámci vzdělávacích seminářů.

CÍL: Identifikovat negativní faktory působící na zvládání stresu v procesu adaptace všeobecných sester na novém pracovišti.

HYPOTÉZA: Předpokládáme, že více než 60% respondentů našeho výzkumu uvádí interpersonální vztahy za jeden z nejpodstatnějších faktorů, ovlivňujících zvládání stresové zátěže při procesu adaptace na novém pracovišti.

Tab. č. 42: Faktory ovlivňující A. P.

	A. Č.	R. Č.
I.	75	68%
II.	8	7%
III.	17	16%
IV.	2	2%
V.	6	5%
VI.	2	2%
celkem	110	100%

Legenda:

- I. Interpersonální vztahy
- II. Rozdíl mezi výukou ve škole a realitou v praxi
- III. Vysoká psychická zátěž
- IV. Vysoká fyzická zátěž
- V. Péče o těžce nemocné a umírající pacienty
- VI. Manipulace s četným přístrojovým vybavením oddělení

(tabulka má číslo 42, protože je totožná s tabulkou v položce č. 23)

75 dotazovaných sester (68%) označilo interpersonální vztahy na pracovišti za nejpodstatnější faktor při zvládání stresu v průběhu adaptačního procesu (A. P.). V pořadí druhá, jedničkou nejčastěji označovaná odpověď, byla vysoká psychická zátěž při práci na jednotce intenzivní péče (JIP). Označilo ji 17 dotazovaných (16%). 8 respondentů (7%) si jako jedničku – nejpodstatnější faktor, zvolilo možnost – rozdíl mezi výukou ve škole a realitou v praxi. Péče o těžce nemocné a umírající pacienty sehrává podle 6 všeobecných sester (5%) nejdůležitější roli v zvládání stresové zátěže u „nováčků“ na JIP. Vysoká fyzická zátěž a manipulace s četným přístrojovým vybavením oddělení označilo jedničkou stejný počet účastníků výzkumu – 2 sestry (2%).

Vyjadřený předpoklad výsledku výzkumu (více než 60%) byl potvrzen. Za nejpodstatnější faktor, ovlivňující zvládání zátěže při procesu adaptace, označilo 68% respondentů.

7 Diskuze

Ve výzkumu diplomové práce se zabývám adaptačním procesem všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče. Hlavním cílem bylo zmapovat současný stav zaškolování nově nastupujících sester ve vybraných pražských nemocnicích.

Z metodologii jsem si zvolila kvantitativní výzkum, v kterém jsem si prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku získala potřebné informace. Dotazník obsahoval 24 otázek a dotazovaní byli všeobecné sestry. Z původního plánu čtyř nemocnic, které jsou uvedené v anotaci vzešlo a dotazníkové šetření se provedlo v sedmých nemocnicích v Praze. Důvodem byla nespolupráce ze strany vrcholového managementu některých zařízení a potřeba zabezpečit adekvátní počet respondentů. Čtyři náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (zřejmě na základě rozhodnutí ředitele nemocnice) ze sedmi, vyjádřili nesouhlas s identifikací nemocnice ke konkrétnímu výsledku výzkumu. Jedná se o většinu, proto jsem se rozhodla jednotlivá pracoviště označit velkým hůlkovým písmenem abecedy (nemocnice „B“, „F“, „H“, „I“, „M“, „T“, „V“) a tím zachovat anonymitu všech.

Podmínkou pro zařazení všeobecných sester mezi dotazovanou skupinu lidí bylo toho času ještě pořád probíhající adaptační proces na jednotce intenzivní péče a sestry s ukončeným zaškolováním, ale jejich délka praxe na současném pracovišti nepřekračuje dobu 24 měsíců. Důvodem bylo docílit objektivní a co možná nejaktuálnější obraz o problematice adaptačního procesu.

Ze 150 rozdaných dotazníků se mi vrátilo 123, co činí 82% návratnost. 13 dotazníků jsem z výzkumního souboru vyřadila pro neúplné nebo neadekvátní zodpovězení otázek. Předpokládám, že příčinou je frustrace sester z vyplňování nespočetného množství dotazníků, které jsou každoročně distribuované na jejich pracovišti. Náš výzkumný soubor teda tvořilo celkem 110 respondentů (100%). Z toho 14 sester (13%) z nemocnice „B“, 10 dotazovaných (9%) z „F“, 18 účastněných (16%) ze zařízení „H“ a stejný počet se vyskytl i v nemocnici „M“. Na pracovišti „I“ bylo 20 dotazovaných (18%). V posledních dvou zdravotnických zařízeních „T“ a „V“ byl taky stejný počet dotazovaných sester – 15 (14%). Ideální pro výzkum k vytvoření co nejobjektivnějšího obrazu průběhu adaptačního procesu v jednotlivých pražských nemocnicích by byl stejný počet respondentů. No vzhledem k tomu, že se jedná o intenzivní jednotky s různou kapacitou lůžek, je rozdíl i v personálním vybavení. Zároveň jsem měla potřebu dostatečně velkého výzkumného souboru.

Úvodní otázky dotazníků byli zaměřené na identifikaci respondentů, konkrétně jejich pohlaví a zařazení do věkové kategorie. Výzkumu se účastnilo 93 žen a 17 mužů (graf. č. 1, tab. č. 2). Výsledek ničím nepřekvapil, jelikož převaha ženského pohlaví v povolání sestry je všeobecně známá. Největší zastoupení bylo v rozmezí věkové hranice 20 – 30 let, druhou v pořadí 31 – 45 let a 3 oslovené sestry byli ve věku 46 – 60 let (graf. č. 2, tab. č. 3). V možnostech na odpovědi jsem využila kategorizaci věku dle bio-psycho-sociálního vývinu člověka z vývojové psychologie. Vyňala jsem si jenom členění dospělého věku, vyhovující mému výzkumu.

V otázce č. 3 se dotazuji na nejvyšší dosažené vzdělání. Z grafu č. 3 (tab. č. 4) jednoznačně vyplývá, že převážná většina dotazovaných má středoškolské vzdělání – SZŠ. V pořadí druhou nejčetnější skupinou jsou sestry s bakalářským titulem. 14 respondentů absolvovalo obor Diplomovaná sestra. Nízké procento zastoupení mělo navazující magisterské a specializační studium, kde se jednalo pokaždé o ARIP. Dotazník neumožňoval označit kombinaci dosaženého vzdělání. Uznávám, že v důsledku toho mohlo dojít ke zkreslení výsledků, jelikož pohled na hierarchii stupně vzdělání může být u každého odlišný. Položka č. 3 (graf. č. 3, tab. č. 4) a položka č. 8 (graf. č. 8, tab. č. 13) souvisí s první hypotézou. V ní předpokládáme, že více než 75% zdravotnických zařízení nedělá rozdíly v délce trvání adaptačního procesu všeobecných sester v závislosti na stupni jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Na potvrzení neboli vyvrácení hypotéz vždy zohledňujeme výsledky z vybraných sedmých nemocnic. Závislost délky A. P. na dosaženém vzdělání jsem promítla do tabulek č. 44 (SZŠ), č. 45 (Dis.), č. 46 (Bc.), č. 47 (Mgr.) a č. 48 (ARIP). Každá z tabulek má členění výsledku ze všech dotazovaných pracovišť. K úvaze si vezmu nejčetnější skupiny respondentů (sestry se vzděláním – SZŠ, Dis., Bc), vzhledem k nízkému procentu zastoupení v kategorii Mgr. a ARIP (v některých nemocnicích bylo 0% zastoupení). Takže se díváme na tabulky č. 44, 45, 46. Z uvedených faktů si můžu dovolit tvrdit, že ani jedna nemocnice neudává povinnou délku adaptačního procesu u nově nastupujících sester v závislosti na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání, ale ponechává prostor pro individuální přístup ke každému zaměstnanci.

Také mě zajímalo, jestli délka procesu adaptace všeobecných sester souvisí s jejich předešlou praxí ve zdravotnictví. K zodpovězení této otázky jsem využila opět položku č. 8 (graf. č. 8, tab. č. 13) a položkou č. 4 (graf. č. 4, tab. č. 5 a č. 6). Graf č. 4 rozděluje respondenty do dvou skupin – 1. sestry s předešlou (54%), 2. sestry bez předešlé praxe (46%) ve zdravotnictví. K analýze výsledků jsem se dopracovala v souhrnných tabulkách č. 49, č. 50. U obou skupin sester (s i bez předešlé praxe) bylo zastoupení do

kategorií I. (od 0 o 3 měsíců) a II. (od 3 do 6 měsíců) v daných nemocnicích různé. Proto nelze tvrdit, že sestry s předešlou praxí mají v dotazovaných nemocnicích automaticky kratší dobu adaptace (teda 0 až 3 měsíců) než sestry bez předešlé praxe. S danou problematikou souvisí i moje v pořadí třetí hypotéza: předpokládám, že ve více než 90% případů adaptačního procesu všeobecných sester, nemocnice akceptují jeho dobu trvání navrhovanou Ministerstvem zdravotnictví v metodickém pokynu o realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Při mé snaze posoudit daný předpoklad jsem si musela přiznat více pochybení v mém výzkumu. Jednou z nich je nezohlednění kategorie sester, které přerušili práci ve zdravotnictví na dobu delší než 2 roky nebo charakter jejich práce se výrazně změnil. Další chybou je nezohlednění možnosti individuálního přístupu ke každé ze sester. Takže je neobjektivní posoudit zda nemocnice se v daném případě řídila dle pokynu MZ ČR, pokud jsem nebyla svědkem hodnocení dané sestry nebo neobdržela její hodnocení. Zda byla sestra informovaná již při nástupu na oddělení o délce svého adaptačního procesu se dozvídáme v položce č. 6. Z tabulky č. 9 je patrné, že 83% respondentů bylo již při nástupu obeznámeno s tímto faktem. Nabízí se mi otázka v kolika případech se tento údaj shodoval se skutečnou délkou A. P., jelikož se délka přizpůsobuje individuálním schopnostem a znalostem zaškolujícího se. Můj názor je, že právě z toho důvodů je pro nastupujícího pracovníka důležité vědět ne jak dlouho trvá adaptace, ale kdy proběhne jeho hodnocení. Mnozí mi můžou oponovat, že je to pro sestry stresující hned při nástupu jich vyděsit zkoušením. Já to vnímá spíš jako stimul, motivaci abych se snažila v co nejkratší době stát plnohodnotným členem ošetrovatelského týmu. V návaznosti na položku č. 4 bylo v otázce č. 5 zjišťována skutečná délka praxe dotazovaných v pozici všeobecné sestry. Bohužel jsem se u převážné většiny dotazovaných (64%) setkala s neochotou dopsat počet měsíců/roků. Možnost méně než nebo právě 1 rok označilo 18 a více než rok 92 všeobecných sester.

Dle požadavku normy ISO 9001:2000, musí každá organizace vést důkladně veškeré záznamy. Na zdravotnická zařízení se také vztahuje povinnost řízené dokumentace, součástí které je i plán adaptačního procesu. V rámci tohoto plánu, který je podmínkou systematicky řízeného procesu pracovní adaptace, by měl být rozpracovaný celý proces zaškolování, od definování cílů přes popis jednotlivých fází adaptace, použitých metod a nástrojů až po identifikaci objektů a subjektů adaptace. Důraz kladu na obsahovou stránku, v rámci které by měli být rozepsané kompetence i zodpovědnost účastněných, časové údaje o průběhu zapracování a následném hodnocení objektu. Rezervu vidím i v neexistenci individuálních adaptačních plánů pro jednotlivé

kategorie sester – pro standardní lůžka, JIP, ambulance aj. Plán by měl také obsahovat specifika oboru, do kterého sestra vstupuje (neurologie, psychiatrie, chirurgie, ...). V den nástupu na oddělení by sestra měla být s opomínaným dokumentem A. P. seznámena. Danou problematikou se zabývám v grafu č. 7. Ze souborů 110 účastníků výzkumu (100%) bylo 83 respondentům (75%) sdělen plán A. P. Zbývajícím 27 dotazovaným (25%) plán sdělen nebyl. Když se podíváme na situaci v jednotlivých nemocnicích (tab. č. 12), tak informovanost sester je v převážné většině (výjimkou je zařízení „F“, kde neinformovanost sester o plánu A. P. je vyšší). Překvapivý je pro mě výsledek položky č. 9 (graf. č. 9, tab. č. 14), kde až 65% dotazovaných nemá vůbec informace o tom, jak dlouho by mněl podle směrnic MZ ČR trvat jejich proces adaptace.

Druhá hypotéza práce se zabývá zaškolujícím pracovníkem v procesu adaptace sester. Hodnocením role školitele/mentora se zabývají otázky č. 10, 11, 12, 13 a 14. Dle vlastní zkušenosti jsem vyslovila předpoklad, že ve více než 80% případů je zaškolujícím pracovníkem nových všeobecných sester vedoucí směny. Graf č. 10 přímo pátrá po tom, kdo z pracovního týmu vedl zaškolování dotazovaných. Tabulka č. 16 tak nepotvrzuje mou hypotézu „více než 80% případů“, ale zároveň ji nevyvrací. Důvodem je 59% respondentů, kteří označili za zaškolujícího pracovníka vedoucího směny, což představuje většinu. 37% mentora/školitele, 2% staniční sestru a 2 sestry zaškrtnli jiný příspěvek. Jednou z uvedených odpovědí byla kolegyně a v druhém případě byla odpověď – nikdo mě neškolil. V každé nemocnici (kromě „F“) byla minimálně dvakrát zaškrtnutá možnost školitel/mentor (tab. č. 17). Z toho vyplývá můj předpoklad působení mentora/školitele na daných pracovištích. Jelikož nebyl každý z dotazovaných zaškolován tímto vyškoleným pracovníkem, logicky se ptám proč? Je to tím, že mentor/školitel se věnuje jenom absolventům a sestrám bez předešlé zdravotnické praxe? Z tabulek č. 51 a 52 vyplývá, že vyškolený mentor/školitel vedl adaptační proces všeobecných sester v daných zdravotnických zařízeních nezávisle na tom, jestli se jednalo o absolventa, sestru bez nebo s předešlou praxí ve zdravotnictví. Výjimku tvoří nemocnice „F“, kde všech 10 respondentů zaškolování mentorem/školitelem negovalo. Tak otázka proč nebyli všichni dotazovaní zaměstnanci zaškolování mentorem zůstává nadále nezodpovězená. Metodický pokyn MZ ČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky z července 2009 stanovuje následující podmínky pro školicího pracovníka: „získání odborné způsobilosti dle zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a získání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, eventuálně specializovanou

způsobilost v daném oboru nebo zvláštní odbornou způsobilost“ (<http://mzcz.cz/Odbornik/obsah/nelekarske-povolani>). Podle mého názoru jsou tyto požadavky na školitele nepostačující. Mé tvrzení se opírá i o výzkum vedený v rámci bakalářské práce na Jihočeské univerzitě Zdravotně sociální fakulty, v které se studentka Zdražilová zabývala potřebou sestry školitelky (r. 2009). V rámci její dotazované skupiny respondentů, převážná většina sester zastávala názor, že zaškolující sestra by měla ovládat základy pedagogiky, didaktiky, psychologie a komunikace a mít za sebou dostatečnou délku praxe v daném oboru.

Nejefektivnějším využitím působení mentora je v jeho vedení absolventů, ale i zaměstnanců při nástupu na pracoviště a rovněž vedení praktické výuky studentů škol se zdravotnickým zaměřením. Právě budování pozitivních vztahů v rámci školské praxe mezi mentorem a studenty může být nápomocné při rozhodování absolventů v nástupu do zaměstnání a jejich setrvání v zdravotnickém oboru. V současnosti už existují pilotní programy a kurzy, zaměřené přímo na výkon této funkce a pevně věřím, že je otázkou času, kdy se mentorka/školitelka stane plnohodnotným členem ošetrovatelského týmu na každém oddělení. Samozřejmě, je na svážení jestli je jeho působení opodstatněné v období kdy jsou třeba školské prázdniny a na oddělení žádná nová sestra, nebo na odděleních s nižší kapacitou lůžek. V tomto případě je na vzájemné dohodě mezi školitelem a jemu nadřazeným na službách v pozici řadové sestry u lůžka pacienta. Pro sestru může být motivace zastávat pozici mentora získání nezanedbatelného počtu kreditních bodů za absolvování kurzu. Dále to může být propagace ze strany personálního oddělení nemocnice v přidělení určité prestiže spojené s osobou mentora (třeba i finanční přílepkou). V položce č. 11 (graf č. 11) se 67 respondentů (61%) shodlo v názoru, že vedení zaškolování jedním školitelem je pro nově nastupující sestru lepší alternativa. Tady se opět setkáváme s tím pochybením ve výzkumu, kde jsem neposkytla prostor pro vyjádření se respondentů, proč je pro ně daná alternativa zaškolování lepší. O relativně dobrém výsledku se dá mluvit v případě položky č. 12, kde 73% dotazovaných (graf. č. 12, tab. č. 20) označilo za svůj zdroj informací svého zaškolujícího pracovníka. Dalších 27% respondentů označilo jiný zdroj informací. Většinou se jednalo o spolupracovníky, staniční sestry a samostudium z jejich strany. V 9 % případů se v průběhu adaptace vyskytli problémy (graf. č. 13, tab. č. 22) typu: příliš velké množství informací najednou, neochota spolupracovníků poskytnout pomoc, neadekvátně vedené zaškolování ze strany školitele a 3 sestry neuvedly své problémy. 10 sester z 8 potvrdilo pomoc zaškolující sestry při řešení problémů v průběhu adaptačního procesu (graf č. 14, tab. č. 24).

Adaptační proces by měl být také součástí interní procedury – hodnocení. Ta obsahuje metodologii hodnocení a v rámci ní i kritéria (co musí sestra znát a praktikovat při své práci – příloha č. 3) a hodnotící škálu. Definice hodnotící škály se může mezi zdravotnickými zařízeními lišit, podstatný je aby dostatečně charakterizovala zvládnutí příslušné problematiky (nap. výborný, dobrý, dostačující, nedostačující). Zaměstnanec je hodnocen zejména po stránce poskytování ošetrovatelské péče, v našem případě na intenzivní jednotce a přístupu k práci, pacientům, kolektivu a nadřízeným.

Formou ukončení adaptačního procesu v jednotlivých nemocnicích jsem se zabývala v tabulce č. 35. V zařízení „B“ 86% ukončilo A. P. pohovorem v kombinaci s kazuistikou (14% jenom pohovor). U všech dotazovaných na pracovišti „F“ proběhl jenom ústní pohovor. V zdravotnickém zařízení „H“ 22% respondentů ukončilo adaptaci kombinací pohovoru a kazuistiky, 39% zaškrtnulo možnost ústního pohovoru a zbývajících 39% možnost jinak. Ne všech 7 sester konkretizovalo jaká byla forma ukončení procesu adaptace, ale převažovala odpověď testy a kombinace pohovoru s manifestací poskytování ošetrovatelské péče. V nemocnici „I“ se 35% sester hlásilo k odpovědi – ústní pohovor, 20% měli navíc kazuistiku a posledních 45% se zařadilo do skupiny, ukončující A. P. jinak, než bylo uvedeno v předešlých možnostech. Na jednotce intenzivní péče „M“ se kromě ústního pohovoru a kazuistiky vyskytly i možnosti písemné práce (39%). V zbývajících zařízeních „T“ a „V“ byli odpovědi rozloženy mezi možnosti jenom ústní pohovor a pohovor s kazuistikou. Proč v každé nemocnici (kromě „F“) se vyskytly různé formy ukončení zaškolování? Jednou z možností je individuální přístup k sestrám, nebo rozdíl v metodickém postupu u absolventu a sester s předešlou praxí. Hledání odpovědi na tuto otázku by bylo námětem pro rozkřížení výzkumu. No dle mého názoru by podmínka vypracování kazuistiky (případně ošetrovatelského procesu) u konkrétního nemocného na oddělení bylo ideální prověrkou všeobecné sestry, do jaké míry si dokáže rozplánovat a následně realizovat ošetrovatelskou péči se zřetelem na dosažení cílového stavu pacienta.

V rámci hodnocení by se mělo provést také posouzení průběhu adaptačního procesu samotným zaškolujícím se. Toto vyjádření názorů sester k průběhu adaptace by představovalo zpětnou vazbu mezi zaměstnancem a personalistý. Graf č. 15 prezentuje výsledky z mého výzkumného souboru, kde jenom 5% respondentů mělo možnost vyjádřit se k spokojenost/nespokojenost s A. P., tj. 5 sester a to konkrétně z nemocnice „M“ (tab. č. 27). 36% bylo na názor jenom optaných a 58% nemělo žádnou možnost zhodnotit svůj proces zaškolování. Domnívám se, že písemná forma hodnocení A. P. by byla nejvhodnější z důvodu pravidelného zpracování dotazníků. Výsledky pak

personalisté mohou využít k vyhodnocení kvality adaptačního procesu v daném zdravotnickém zařízení, případně popracovat na jeho implementaci a zefektivnění.

Jedním z cílů diplomové práce je zjistit, zda všeobecné sestry vyjadřují spokojenost s teoretickým a praktickým obsahem školení nemocnic v rámci vzdělávání v průběhu adaptačního procesu. V grafu č. 16 je popsáno, že 77% dotazovaných mělo vzdělávací semináře jako součást A. P. Situaci v jednotlivých nemocnicích můžeme pozorovat v tabulce č. 29. Na každém dotazovaném pracovišti se vzdělávacích kurzů účastnila převážná většina sester (minimálně 60%). Proč se ale seminářů nezúčastňovali všichni respondenti? Jednou z možných příčin je přestup z jiného oddělení té samé nemocnice s obdobným charakterem práce a semináře už absolvovali na předešlém pracovišti, nebo návrat sestry po dlouhodobé práceneschopnosti (mateřská dovolena, onemocnění). Jestli jsou mé předpoklady správné a zda jsou některé semináře povinné či nepovinné pro konkrétní kategorii sester zůstává námětem pro rozšíření výzkumu.

V otázce č. 17 jsem se ptala jak jsou sestry spokojené s teoretickým obsahem seminářů. Můj předpoklad byl, že více než 60% všeobecných sester vyjadřuje spokojenost s teoretickým obsahem výuky v rámci vzdělávání v průběhu adaptačního procesu. Správnost mého předpokladu potvrzuje tabulka č. 30, kde 68% dotazovaných se vyjádřilo k spokojenosti s obsahem vzdělávacích kurzů. Když se podíváme na tabulku č. 31 o hodnocení v jednotlivých nemocnicích, tak v každé z nich (kromě „F“ – 50%) je spokojeno více než 60%. Naopak hypotéza, že méně než 55% sester vyjadřuje spokojenost s nácvikem praktické zručnosti ve vzdělávacích programech zdravotnických zařízení v rámci zaškolování se mi nepotvrdila. Svědčí o tom graf č. 18, kde spokojenost vyjádřilo až 62% dotazovaných sester. V nahlédnutí na situaci v konkrétních zařízeních (tab. č. 33) bylo pozitivní hodnocení téměř vždy vyšší než 55% (výnimka nemocnice „F“ – 40%). Z uvedených výsledků si dovoluji tvrdit, že kvalita vedení dalšího vzdělávání nově nastupujícího personálu ve vybraných pražských nemocnicích za účelem zaškolování je uspokojivá (více než 60% spokojenost). Zdravotnické zařízení „F“ mělo výsledky šetření jiné než ostatní nemocnice. Důvodem může být i to, že se jedná o podstatně menší organizaci s vybaveností základních oddělení a adaptační proces nemá rozběhnutý na takové úrovni jako velké nemocnice, kde je potřeba v relativně krátké době zabezpečit dostatečné množství kvalitní pracovní síly. Bylo by určitě zajímavé sledovat, zda by se tento trend objevil i při účelném srovnávání procesu zaškolování v „malých“ a „velkých“ nemocnicích.

Pro efektivní integraci do týmu je potřeba mít odpovídající pracovní podmínky, do kterých bezpochyby patří kromě materiálního vybavení pracoviště i oblast mezilidských vztahů. Sestra při výkonu své práce si buduje vztahy na minimálně třech úrovních. Jedná se o zaměstnanecké (vztah nadřízených a sestry), vztah k veřejnosti (ke klientům – pacientům) a interpersonální vztahy v kolektivu. Právě vztahy se spolupracovníky, uvedení a přijetí „nováčka“ do kolektivu se stali námětem otázek č. 20, 21, 22. Každý nový pracovník ocení, když je hned v den svého nástupu podrobně seznámen se stavebním rozmístněním oddělení, čím se zmírňuje pocit nejistoty pramenící z dezorientace. V mém výzkumu (graf č. 20) bylo 93% dotazovaných seznámeno s rozložením svého pracoviště. 7% sester zahájilo proces adaptace, aniž by je kompetentní osoba (dle mého názoru staniční sestra nebo školitel) provedla oddělením. Vzhledem k tomu, že na odděleních se v převážné většině jedná o četný kolektiv sester a pak lékařů, administrativních pracovníků, je téměř nemožné, aby úkol představování nového kolegu převzal pokaždé nadřízený. Proto výsledek z tabulky č. 38 není ničím překvapující. 14% respondentů se představovali výhradně sami, 60% bylo představeno všem spolupracovníkům. Zbývající dotazovaní se uváděli do kolektivu i samostatně. Když sestra potřebuje pomoc nebo radu, přirozeně o ni požádá kolegy. 75% dotazovaných hodnotilo kolektiv velice příznivě (graf č. 22). 25% se setkala i s neochotou ze strany spolupracovníků.

Položka č. 23 souvisí s poslední hypotézou: předpokládám, že více než 60% respondentů výzkumu uvádí interpersonální vztahy za jeden z nejpodstatnějších faktorů ovlivňujících zvládání stresové zátěže při procesu adaptace na novém pracovišti. Můj předpoklad se potvrdil z grafu č. 23, kde 68% sester považuje vztahy na pracovišti za nejdůležitější faktor, působící při překonávání adaptačního stresu. Z tabulky č. 43 je patrné, že v každé z nemocnic převažovala odpověď interpersonální vztahy. Druhou nejčastější odpovědí byla vysoká psychická zátěž při práci na JIP (16%) a za ní následuje rozdíl mezi výukou ve škole a realitou v praxi (7%). Další možnosti byli péče o těžce nemocné a umírající pacienty, fyzická zátěž a manipulace s četným přístrojovým vybavením oddělení.

Na závěr lze shrnout, že zdravotnická zařízení musí do budoucna popracovat na programech zaškolování, v souvislosti s jejich potřebami a cíli, jelikož adaptační proces sehrává klíčovou roli v problematice zabezpečení kvalitních lidských zdrojů.

ZÁVĚR

Trend fluktuace všeobecných sester ze zdravotnického odvětví hospodářství je v současné době podle mého názoru celospolečenský problém. Snižující se zájem mladých lidí o zdravotnické obory, pokles prestiže povolání všeobecné sestry, neadekvátní finanční ohodnocení a následná demotivace zdravotnického týmu k výkonu kvalitní ošetrovatelské péče staví nemocnice před problém nedostatku kvalifikované pracovní síly. Je proto nezbytné, aby si nemocniční zařízení, které chtějí poskytovat kvalitní zdravotní péči, uvědomily přínos adaptace zaměstnanců, jako součást systematické personální činnosti.

Jedním z prvních kroků je přetransformování cíle. Jedná se o změnu doposud přesazovaného jednostranného přizpůsobování zaměstnanců k obrazu společnosti na podporu a motivaci členů pracovního týmu. To vede k oboustranné spokojenosti z naplnění očekávání plynoucí z psychologické smlouvy mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem.

V diplomové práci jsme se zabývali adaptačním procesem všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče. Cílem bylo hledat odpověď na výzkumnou otázku, zda úroveň adaptačního procesu a jeho délka je dostačující proto, aby se mohly sestry plně začlenit do pracovního procesu na daném pracovišti.

Práce byla rozdělená na tři základní části. V první, teoretické části jsme zpracovali teorii procesu adaptace, jeho pedagogickou složku a determinující faktory.

Empirická část formulovala hlavní cíl, šest dílčích cílů a naše předpoklady analýzy výzkumu na jednotkách intenzivní péče.

V metodologickém oddílu diplomové práce jsme prostřednictvím dotazníkového šetření mezi všeobecnými sestrami shromáždily informace. Pro lepší orientaci ve výsledcích výzkumu jsme informace přemítly do grafů a tabulek. Na základě shromážděných faktů jsme předložili současný model adaptačního procesu v sedmi pražských nemocnicích. Výsledky analýz, naše postřehy a návrhy k zlepšení modelu adaptačního procesu jsme uvedly v diskuzi.

LITERATURA

1. ARCHALOUSOVÁ, A. et al. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství IV. [online]. 2009 [cit. 2010-01-13]. Dostupné na WWW:
http://www.fvp.slu.cz/uo/sborniky/Sbornik_2009.pdf
2. ARMSTRONG, M. Řízení lidských zdrojů. Praha 1. vydání, Praha Grada Publishing, a.s., 2005. 856 s. ISBN 80-247-0469-2.
3. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. et al. Psychologie a sociologie řízení. 1. vydání, Praha Management Press, 1998. 561 s. ISBN 80-85943-57-3.
4. CHARVÁT, J. Život, adaptace a stress. 1. vydání, Státní zdravotnické nakladatelství, n. p., 1969. 136 s.
5. GROHAR-MURRAY, M. E., DI-CROCE, H. R. Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
6. JAROŠOVÁ, D., DUŠOVÁ, B. Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence. [online]. 2010 [cit. 2010-01-14]. Dostupné na WWW:
<http://projekty.osu.cz/mentor/olomoucprispevek.doc>.
7. JURÁSKOVÁ, D. Adaptační proces nových pracovníků útvaru ošetrovatelské péče. [cit. 2010-02-02]. Dostupné na WWW:
http://intranet.ftn.cz/prilohy/3844/2004_06%20Adaptační_proces.doc
8. KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V. Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve. Martin vydavateľství OSVETA, 2008. 586 s. ISBN 978-80-8063-290-8.
9. KOLÁŘ, J. et al. Kardiologie pro sestry intenzivní péče. Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.

10. KOUBEK, E. Řízení lidských zdrojů – Základy moderní personalistiky. 3. vydání, Praha: Management Press, 2002. 367 s. ISBN 80-7261-033-3.
11. KUTNOHORSKÁ, J. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
12. KUSNÁ, M. Sociální adaptace. [online]. [cit. 2010-01-09]. Dostupné na WWW: http://www.prosestry.cz/index.php?page=socialni_adaptace_obranne_frustracni_mechanismy
13. MARX, D., STANĚK, I. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Překlad z Joint Commission International. 3. vydání, Praha Grada Publishing, a.s., 2008. 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
14. PALÁN, Z. Adaptační proces. [online]. 2004 [cit. 2010-02-10]. Dostupné na WWW: <http://www.topregion.cz?articleId=1869>
15. PLACHÁ, H. Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. MZČR, 2009. Dostupné na WWW: <http://mzcz.cz/Odborník/obsah/nelekarska-povolani>
16. PLOCHÁ, H., MÜLLEROVÁ, N. Úprava doporučeného pracovního postupu realizace a ukončení adaptačního procesu pro NZP. In Sestra, ISSN 1210-0404 roč. 2009, č. 11 s. 17-18.
17. POCHYLÁ, K. České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. 2. přepracované vydání. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8
18. PROCHÁZKA, M., SOMR, M. Kapitoly z didaktiky vzdělávání dospělých. 1. vydání. České Budějovice: Tiskárna Johanus, 2008. 97 s. ISBN 978-80-254-1919-9.
19. RYMEŠ, M. Adaptace pracovníků a pracovních kolektivů. 1. vydání. Praha: nakladatelství Svoboda, 1985. 74 s.

20. SCHEIN, E. H. The Art of Managing Human Resources. New York: Oxford Univerzity Press, 1987. 297 s.
21. SILLAMY, N. Psychologický slovník. 1. české vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2001. 246 s.
22. STACKE, É. Koučování pro manažery a firemní týmy. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 156 s. ISBN 80-247-0937-6.
23. STAŇKOVÁ, M. Sestra- reprezentant profese. České ošetrovatelství. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
24. ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P. Kreativní ošetrovatelský management. Advent-Orion, s.r.o., 2003. 441 s. ISBN 80-7172-841-1.
25. ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 199 s. ISBN 978-247-2616-8.
26. VÁGNEROVÁ, M. Základy psychologie. Nakladatelství Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
27. VÁLKOVÁ, L. Manuál praktického lékaře školitele. Pro školitele oboru i školence. 1. vydání, Galén, 2006. 147 s. ISBN 80-7262-448-2.
28. VÍTOVEC, J., ŠPINAR, J. Intenzivní péče v kardiologii. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1994. 151 s. ISBN 80-7013-170-5.
29. VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. 3. vydání. Portál, s.r.o., 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
30. WALLACE, M. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9

31. ZACHAROVÁ, M. et al. Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-247-2068-5
32. Autor neuveden. ABZ slovník cizích slov. [online]. [cit. 2010-01-10]. Dostupné na WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo>
33. Autor neuveden. Biologická adaptace. [online]. 2000 [cit. 2010-02-14]. Dostupné na WWW:
<http://www.sci.muni.cz/ksfz/texty/FIZIOLOGICKE%20ADAPTACE%20-%20prednaska.rtf>
34. Autor neuveden. Mentor. [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné na WWW: <http://en.wikipedia.org>

SEZNAM ZKRATEK

A. Č.	absolutní četnost
A. P.	adaptační proces
ARIP	specializace anesteziologicko-resuscitační intenzivní péče
Bc.	bakalářský titul
CŽK	centrální žilní katétr
CVVH	kontinuální venovenózní hemofiltrace
CVVHD	kontinuální venovenózní hemodialýza
+ HDF	kontinuální venovenózní hemodiafiltrace
č.	číslo
Dis.	Diplomovaná sestra
EKG	elektrokardiografie
IABK	intraaortální kontrapulzace
JIP	jednotka intenzivní péče
Mgr.	magisterský titul
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PŽK	periferní žilní katétr
R. Č.	relativní četnost
SZS	střední zdravotnická škola
TISS	Therapeutic Intervention Scoring Systém
V.	vena
UPV	umělá plicní ventilace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Ošetrovatelský standard – Adaptační proces všeobecných sester a
adaptační proces všeobecných sester absolventů

Příloha č. 3 Plán adaptačního procesu

Příloha č. 4 Therapeutic Intervention Scoring Systém – TISS

Příloha č. 5 Standardy

Příloha č. 1: Dotazník

(zdroj: vlastní)

Vážené kolegyně, vážení kolegové

jmenuji se Monika Aksteinerová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru Intenzivní péče 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Ráda bych Vás touto cestou požádala o pomoc při vypracování mé diplomové práce na téma: Úroveň adaptačního procesu všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče. Dotazník je zcela anonymní a respektuje zákon 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a informace z něj získané budou použité pouze pro studijní účely. Odpovědi vyberte tak, aby odpovídaly skutečnosti. Vaši odpověď označte prosím křížkem, popřípadě doplňte slovy. Zaškrtněte jednu odpověď v každé otázce, pokud není uvedeno jinak. Děkuji za spolupráci a ochotu při vyplňování dotazníku.

1. Vaše pohlaví?

- ☐ žena
- ☐ muž

2. Váš věk je:

- ☐ 20 - 30
- ☐ 31 - 45
- ☐ 46 - 50

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- ☐ střední zdravotnická škola (SZŠ)
- ☐ vyšší odborná škola (VOŠ) – Dis.
- ☐ vysoká škola – Bc.
- ☐ vysoká škola – Mgr.
- ☐ specializace (doplňte jaká)

4. Je současné zaměstnání Vaším prvním v pozici všeobecné sestry?

- ☐ ano
- ☐ ne, na jakém typu oddělení jste předtím pracoval/a (standardní, JIP, ambulance)
(doplňte)

5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví v pozici všeobecné sestry?

- ☐ méně než jeden rok, měsíců (doplňte)
- ☐ více než jeden rok, let (doplňte)

6. Byl/a jste při nástupu do současného zaměstnání informován/a, jak dlouho bude trvat Váš adaptační proces?

- ☐ ano
- ☐ ne

7. Byl/a jste při nástupu obeznámen/á s Plánem adaptačního procesu?

- ☐ ano
- ☐ ne

8. Po jaké době byl ukončen Váš adaptační proces?

(zařad'te se do příslušného časového rozmezí)

- ☐ od 0 do 3 měsíců
- ☐ nad 3 měsíce až po 6 měsíc
- ☐ nad 6 měsíců až po 12 měsíců

9. Znáte metodický pokyn MZ ČR (ze dne 29. 7. 2009) o realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky?

- ☐ ano – z vlastní iniciativy jsem si to vyhledal/a na stránkách MZ ČR
- ☐ ano – obeznámil mě s touto skutečností samotný zaměstnavatel
- ☐ ne

10. Kdo Vás zaškoloval během adaptačního procesu? Kdo byl v roli školitele?

- ☐ zvlášt' vyčleněný a vyškolený pracovník – školitel/mentor
- ☐ vedoucí směny v daný pracovní den
- ☐ staniční sestra
- ☐ vlastní příspěvek (dopíšte)

11. Jak by jste zhodnotil/a adaptační proces, v kterém integraci sester na novém pracovišti vede více školitelů?

- ☐ je to lepší alternativa pro adaptační proces sester
- ☐ mít jednoho školitele je lepší alternativou
- ☐ neumím to zhodnotit

12. Získal/a jste v průběhu adaptačního procesu nejvíce informací od školitele?

- ☐ ano
- ☐ ne, (doplňte od koho)

13. Vyskytly se problémy v průběhu Vašeho zaškolování?

- ☐ ano, uveďte jaké
.....
- ☐ ne

14. Usnadnil/a Vám uvedené problémy zvládnout školitel/ka nebo zaškolující sestra?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ neměl/a jsem žádné problémy
- ☐ nikdo mě neškolil

15. Byla Vám poskytnutá možnost vyjádřit se ke spokojenosti s průběhem adaptačního procesu?

- ☐ ano, formou dotazníku
- ☐ ano, ptal/a se mě na spokojenost můj nadřízený/moje nadřízená
- ☐ ne

16. Byly součástí Vašeho adaptačního procesu i vzdělávací semináře?

- ☐ ano
- ☐ ne

17. Jak hodnotíte kvalitu teoretického obsahu Vašich seminářů, organizovaných v rámci vzdělávacího programu adaptačního procesu?

- ☐ jsem spokojen/á
- ☐ nejsem spokojen/á, většina je nepoužitelných pro mou praxi
- ☐ nehodnotím, neabsolvoval/a jsem semináře takového zaměření

18. Jak hodnotíte nácvik praktické zručnosti ve vzdělávacích seminářích nemocnice v rámci Vašeho zaškolování na novém pracovišti?

(např. obsluha defibrilátoru, monitoru u pacienta, nácvik rozšířené KPR, ...)

- ☐ pozitivně, měl/a jsem dostatek příležitostí na získání praktické zručnosti
- ☐ negativně (praktický nácvik nebyl součástí semináře/nepoužitelný pro praxi)
- ☐ nemohu hodnotit, neabsolvoval/a jsem vzdělávací semináře adaptačního procesu

19. Jakou formou bylo/bude ukončené Vaše zaškolování v rámci adaptačního procesu?

- ☐ ústním pohovorem s vrchní sestrou, staniční sestrou a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči
- ☐ ústním pohovorem s vedoucími pracovníky a písemným vypracováním kazuistiky u konkrétního pacienta
- ☐ pouze vypracováním písemné práce
- ☐ jinak (uved'te jak)

.....

20. Byl/a jste při příchodu na oddělení seznámen/a s jeho stavebním rozmístěním?

- ☐ ano
- ☐ ne

21. Byl/a jste při nástupu do současného zaměstnání představen/a členům zdravotnického týmu?

- ☐ ano, byl/a jsem představen/a všem, s kterými jsem přicházel/a do kontaktu
- ☐ ano, ale pouze některým
- ☐ byl/a jsem představen/a pouze kolegům/yním – sestrám
- ☐ ne, představoval/a jsem se sám/a

22. Jak hodnotíte prostředí v kolektivu, když jste zažádal/a o pomoc nebo radu?

- ☐ vždy, když jsem se potřeboval/a ujistit v práci, dostalo se mi okamžité pomoci
- ☐ jenom někteří kolegové/yně jsou ochotní pomoc
- ☐ většinou byla moje žádost o pomoc ignorovaná

23. Který z faktorů považujete za nejpodstatnější při zvládání stresové zátěže v rámci adaptačního procesu na novém pracovišti?

(označte možnosti odpovědi číslicemi od 1 do 7, jako 1- nejpodstatnější faktor, 7- za nejméně podstatný faktor)

- ☐ interpersonální vztahy
- ☐ rozdíl mezi výukou ve škole a realitou v praxi
- ☐ vysoká psychická zátěž
- ☐ vysoká fyzická zátěž
- ☐ péče o těžce nemocné a umírající pacienty
- ☐ manipulace s čtým přístrojovým vybavením oddělení

24. Zde je místo pro vaše vlastní názory na adaptační proces nově nastupujících sester. Zhodnoťte Váš adaptační proces, pozitivní i negativní zkušenosti, případně návrhy k efektivnímu začleňování do pracovního procesu. Hlavně Vás poprosím o vyjádření se k otázce, zda úroveň adaptačního procesu a jeho délka byla dostačující aby jste se mohl/a plně začlenit do pracovního procesu na pracovišti.

.....

.....

.....

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 2: Ošetrovatelský standard – Adaptační proces všeobecných sester a adaptační proces všeobecných sester absolventů
(zdroj: <http://intranet.medicon.cz/8413>)

Účel

Účelem tohoto standardu je v nemocnici „I“ v návaznosti na personální koncepci zařízení „I“, v návaznosti na Koncepci ošetrovatelské péče a v návaznosti na Zákon č. 96/2004 nově zavést adaptační proces všeobecných sester v rámci integračního programu a adaptační proces všeobecných sester absolventů v rámci nástupní praxe.

Oblast platnosti

Tento standard je určen pro organizaci a realizaci adaptačního procesu nových zaměstnanců z řad všeobecných sester a všeobecných sester absolventů, na kterém se podílejí za metodického vedení hlavní sestry - vrchní sestry, staniční sestry a určení školitelé.

Definice adaptačního procesu

Pracovní adaptační proces je vyrovnávání se člověka se skutečností, ve které plní pracovní úkoly. Má rovinu pracovní a sociální.

Pracovní adaptace je proces, při kterém dochází k vyrovnávání souboru osobních předpokladů jedince s konkrétními požadavky jeho pracovního zařazení.

Sociální adaptace je začleňování jedince do struktury sociálních vztahů v rámci pracovní skupiny i do celého sociálního systému dané organizace.

Cíl adaptačního procesu (integrační program)

VŠEOBECNÝCH SESTER

- * ověřit, zda pracovník je po odborné a osobnostní stránce schopen plnit úkoly vyplývající z jeho zařazení a pracovní náplně
- * zajistit, aby se pracovník začlenil do struktury mezilidských vztahů v pracovní skupině a do sociálního systému organizace

VŠEOBECNÝCH SESTER ABSOLVENTŮ

- * ověřit, zda pracovník je po odborné a osobnostní stránce schopen plnit úkoly vyplývající z jeho zařazení a pracovní náplně
- * získat základní praktické návyky a zkušenosti nutné k zastání pracovní funkce
- * připravit absolventa - všeobecnou sestru pro další odbornou činnost
- * zajistit, aby se přiměřeně pracovník začlenil do struktury mezilidských vztahů v pracovní skupině a do sociálního systému organizace

Délka adaptačního procesu (integrační program)

VŠEOBECNÝCH SESTER

Zapracování se týká pracovníků, kteří přicházejí z jiných organizací (s praxí) a trvá 3 měsíce dle Zákoníku práce v platném znění. Adaptační proces v rámci integračního programu se řídí dle OS 201 Řízení a rozvoj lidských zdrojů.

VŠEOBECNÝCH SESTER ABSOLVENTŮ

Délka adaptačního procesu – nástupní praxe je individuální. Na základě ověřených schopností absolventa dohodne pověřený pracovník termín ukončení adaptačního procesu – nástupní praxe.

Po ukončení adaptačního procesu pracuje všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost dle Zákona č. 96, § 5, odst. 1 písm. e) až g) pod odborným dohledem do tří let praxe a není registrován.

Povinnosti školitele

V průběhu adaptačního procesu všeobecných sester absolventek je nový zaměstnanec veden školitelem, kterého určuje vrchní sestra příslušného pracoviště.

Školitel provádí:

- * úvodní pohovor, seznámení s oddělením, klinikou, vnitřní legislativou
- * seznámení s běžným provozem, harmonogramem prací
- * zadání konkrétních úkolů, doporučení literatury
- * přípravu na závěrečné zhodnocení

Povinnosti všeobecných sester absolventů

- * plnění konkrétních úkolů zadaných školitelem, hlavní nebo vrchní sestrou
- * absolvování odborných kurzů a seminářů
- * e-learning – vzdělávání zakončené písemným testem - certifikátem

Plán adaptačního procesu (integrační program) všeobecných sester absolventů

- * plnění konkrétních úkolů zadaných školitelem, vrchní sestrou nebo hlavní sestrou
- * písemný test, e-learning
- * odborná ústní zkouška
- * účast na seminářích nebo kurzech pro absolventy
- * ukončení adaptačního procesu – nástupní praxe

Ukončení adaptačního procesu – nástupní praxe (integrační program) všeobecných sester absolventů

Závěrečné zhodnocení provede na základě závěrů školitele – vedoucí směny, staniční sestra, vrchní sestra, hlavní sestra. Absolvent je seznámen s výsledkem hodnocení a jsou vyvozeny závěry pro jeho další rozvoj. Písemné závěrečné zhodnocení provede vrchní sestra. Originál hodnocení je uložen na Úseku personálním a právním.

Obsahem závěrečného hodnocení je zhodnocení úrovně teoretických zkušeností a jejich používání v praxi, zhodnocení úrovně praktických dovedností včetně organizace práce, zhodnocení charakterových rysů absolventa, účast na kurzech a seminářích, splnění daných úkolů. Absolvent obdrží písemný doklad o ukončení adaptačního procesu- nástupní praxe.

Příloha č. 3: Plán adaptačního procesu absolventa (všeobecná sestra)
(zdroj: intranet nejmenované nemocnice)

Jméno a příjmení:		
Název NS :		Os.č.:
Pracovní funkce:		
Absolvent školy:		
Odborná praxe zahájena:		
Odborná praxe ukončena:		
Jméno školitele:		

Obecné znalosti a dovednosti:

Základní informace:	Datum seznámení:
Statut a Organizační řád nemocnice	
Provozní řád nemocnice a pracoviště	
Pracovní řád nemocnice	
Kolektivní smlouva a Dohoda o FKSP	
Ostatní interní opatření – viz intranet	
Zásadní obecně závazné předpisy vztahující se k vykonávané práci (vypište)	
Bezpečnostní politika	
Řízení kvality	
Seznámení s areálem nemocnice	
Představení nadřízeným a podřízeným zaměstnancům a spolupracovníkům	

Povinná školení:	Účast dne:
BOZP	
PO	
Kardiopulmonální resuscitace	
Hygiena a prevence infekcí	
Nemocniční informační systém	

Základní informace tak jako povinná školení by měli být stejné i u plánu adaptačního procesu pro všeobecné sestry s předchozí praxí ve zdravotnictví. Identifikační kolonka by měla vypadá následovně:

Jméno a příjmení:
Pracoviště:
Vzdělání- kvalifikace:
Délka předchozí praxe ve zdravotnictví (případně jaké oddělení):
Zaškolování zahájeno:
Zaškolování ukončeno:
Jméno školitele:

Ke společným črtům adaptačního plánu u obou skupin sester bych zařadila i standardy a metodické pokyny konkrétní nemocnice a zároveň hodnocení jejich osvojení danou sestrou.

Odborné znalosti a dovednosti:

Jedná se o znalosti a dovednosti v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům, nezávisle na tom zda se jedná o standardní nebo intenzivní lůžka. Do této skupiny navrhuju této okruhy sesterské činnosti:

- standardy a metodické pokyny zdravotnického zařízení
- hygienicko-epidemiologický režim na oddělení (dezinfekce, sterilizace + hygienické mytí rukou)
- prevence nozokomiálních nákaz
- vedení zdravotnické dokumentace
- předávání služby mezi sestrami (písemné, ústní a u lůžka nemocného)
- příjem, překlad, propuštění pacienta- soupis a předání věci i cenností
- hlášení počtu pacientů
- režim hygieny, stravování pacientů na daném pracovišti
- indikátory kvality ošetrovatelské péče- hodnoticí škály a skórovací systémy
- adekvátní vědomosti při edukaci pacienta s dietním omezením
- schopnost neinvazivního měření fyziologických funkcí u pacienta

- odběry biologického materiálu: krev ze žíly, měření glykemie glukometrem, odběr moče na bakteriologii, odběr ranní moče a sběr moče za časový úsek
- zajištění venózního vstupu a péče o něj
- zásady aplikace léčiv při všech způsobech podání a infuzní terapie
- zásady převodu krve a krevních derivátů- objednání, asistence u podávání, průběžné dokumentování transfuze během podávání
- zásady kyslíkové terapie- brýlemi nebo maskou
- zásady ošetřování rán a dekubitů
- zásady ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta – důraz na komunikační schopnosti sestry
- péče o mrtvé tělo + s tím související dokumentace

Od sestry se samozřejmě očekávají vědomosti o diagnózách, s kterými se na oddělení setkává. Musí být seznámena i s diagnostickými a terapeutickými intervencemi, které se provádějí u pacienta s konkrétním onemocněním. Zároveň se navazuje na vědomosti a dovednosti, získané v rámci povinných školení z obecné části plánu adaptačního procesu.

Speciální znalosti a dovednosti:

Jelikož bylo mojí snahou zkoumat průběh adaptačního procesu na odděleních intenzivní péče, se snahou pojmout kardiologické jednotky, zaměřím se na specifické vědomosti a dovednosti sester právě z těchto koronárních jednotek. (Podrobnější popis asistence sestry u jednotlivých diagnostických a terapeutických postupů uvádím v teoretické části práce v kapitole č. 4.)

- základy anatomie a fyziologie srdce a cév
- přehled diagnóz z četné klasifikace srdcově-cévních onemocnění (arytmie, akutní a chronické ischemické srdeční choroby, kardiomyopatie, vrozené a získané srdeční vady a v neposledním řadě akutní stavy – levostranná srdeční insuficience, šokové stavy, hypertenzní krize, plicní embolie, endokarditida, akutní syndrom dechové tísně, akutní uzávěry končetinových tepen).
- přehled v patologii EKG křivek
- dokumentace- bilance tekutin, komplexní dokumentace a ošetrovatelský proces
- přehled v hemodynamických parametrech v lidském organizmu
- znát přípravu pacientů před výkonem a po něm: TEE, RTG, izotopové vyšetření, CT vyšetření, MR, SKG, po implantaci kardiostimulátoru

- znát a uplatňovat protokoly pro postup v péči o pacienty s konkrétním onemocněním (st. p. KPCR, pacienti na UPV, plicní edém, pacienti na „čekací“ listině k transplantaci, mozková smrt a následná péče o dárce orgánů, pacienti po transplantaci, ...). Protokoly mohou být odlišné mezi jednotlivými nemocnicemi či dokonce odděleními
- kyslíková terapie UPV, „těžká“ maska (CPAP- ventilační režim), maska nebo brýle (dbát na zvlhčování kyslíkové směsi)
- ošetrovatelská péče o pacienta na UPV (příjem, transport, překlad)
- hygiena pacienta na lůžku
- vědomosti a zručnosti při invazivním monitorování fyziologických funkcí u pacienta
- schopnost asistovat lékaři při zajišťování invazivních vstupů a následná péče o ně
- manipulace s opiáty- jejich přesná evidence a předávání další službě
- dbát na bezpečnost pacienta při ředění léků a jejich kombinování do společného portu (riziko bolusu a srážení)
- manipulace s lineárním dávkovačem a infuzní pumpou
- katetrizace močového měchýře u ženy, asistence sestry při cévkování u muže, jednorázové cévkování, péče o cévku a její odstranění
- nasogastrická či duodenální sonda- asistence při zavádění, proplach, podávání výživy a léků do sondy a odstranění sondy
- péče o ETK nebo TSK + toaleta dýchacích cest
- zkompletování přístrojové techniky po použití a jejich příprava pro další použití
- asistence při punkci břicha a hrudníku péče o drény, radony případně i stomie
- znalost obsluhy četné přístrojové techniky na JIP

Při hodnocení sestry na konci procesu zaškolování se kromě teoretických vědomostí hodnotí i její počínání si při výkonu ošetrovatelské péče. V této problematice se přiklání k návrhu na hodnocení od Bc. Plockové, která ho uvedla ve své diplomové práci- Role ošetrovatelského managementu v problematice řízení lidských zdrojů (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích- Zdravotně sociální fakulta, 2007).

hodnotící škála	1	2	3	4
	vždy	většinou	občas	nikdy

kvalita	přesnost a důslednost v práci	
odbornost	znalost technik, postupů, pomůcek, využití v praxi	
spolehlivost	schopnost vykonávat práci s minimálním dohledem	
iniciativa	nápaditost, ochota něco zlepšit, vyzkoušet nové	
docházka	opodstatněná nepřítomnost, dodržování pracovní doby	
plánování	efektivní plánování času a práce	
empatie	ve vztahu k pacientům a rodinným příslušníkům	
komunikace	ve vztahu k nadřízeným, spolupracovníkům a podřízeným	
disciplína	hospodární a efektivní využití svěřených prostředků	
důkladnost	dodržování čistoty, pořádku na pracovišti	
spolupráce	ochota vycházet vstříc	
stabilita	schopnost zvládnout stres	
image	čistota, úprava, vhodné oblečení v práci	
týmový přístup	schopnost pracovat v týmu	
organizační politika	schopnost řídit se standardy a směrnicemi	
chování	vhodné k pacientům, respektování jejich práv	
edukace	aktivní vztah ke vzdělání, účast na seminářích	

V posledním hodnocení – edukace bych změnila formulaci popisu práce. Sestra zastává při své práci i roli edukátora. Učí a vede lidi k nápravě svých zlovyků (dietní opatření, edukuje diabetika o aplikaci inzulínu, ...). Aktivní vztah ke vzdělání a účast na seminářích prozrazuje, že sestra má zájem o celoživotní vzdělávání a právě celoživotní vzdělávání bych vyměnila za pojem edukace.

Příloha č. 4: Therapeutic Intervention Scoring Systém – TISS

některé vybrané výkony pro kardiologickou JIP

(zdroj: VÍTOVEC, J., ŠPINÁR, J. Intenzivní péče v kardiologii. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno, 1994. 151 s. ISBN 80 – 7013 – 170 – 5)

4 body:

- zástava či defibrilace v posledních 48 hodinách
- řízená ventilace
- swan-Ganzův katetr
- přetlaková transfuze krevních derivátů a infuzí
- kardiostimulace „ON“
- aplikace vazoaktivních látek – 2 a více
- IABC
- terapeutická hypotermie - pod 33°C
- CVVH, hemodialýza akutní
- aplikace trombokoncentrátů
- pronační poloha při UPV

3 body:

- parenterální výživa do CŽK
- kardiostimulace „OFF“
- intubace v posledních 24 hodinách
- vazoaktivní lék - 1 preparát
- kontinuální antiarytmika
- infuze koncentrovaného kalia do CŽK
- diuretika při převonění a edému mozku
- terapie metabolické acidózy či alkalózy
- aktivní antikoagulace prvních 48 hodin
- 2 a více ATB i. v.
- akutní digitalizace do 48 hodin
- bolusové léky mimo ordinace lékaře
- kardioverze mimo defibrilace
- arteriální katétr
- měření minutového srdečního výdeje
- punkce perikardu

- kardiostimulace „OFF“
- vazoaktivní lék 1 preparát
- neinvazivní plicní ventilace
- hodinová diuréza
- permanentní močový katétr
- hrudní drén
- krevní deriváty, více než 5/24 hodin

2 body:

- monitorace vitálních funkcí á 1 hodina + neurologické příznaky
- CŽK a měření CVP
- enterální výživa do NGS
- 2 PŽK
- spontánně ventilující pacient s OTI, nebo TSK
- enterální výživa do NGS
- HD v chronickém dialyzačním programu
- svodná kontinuální analgésie

1 bod:

- základní monitorování EKG
- 1 PŽK
- chronická antikoagulace
- měření příjmu a výdeje tekutin
- statim vyšetření (méně než 4/ 24 hodin)
- intermitentní aplikace léků i.v.
- podávání O₂
- péče o tracheostomii
- péče o dekubitůs
- výplachy, tamponády rán a dutin
- 1 ATB

Podle počtu bodů za 24 hodin klasifikujeme:

- klasifikace pacientů do tříd:
 - I. pod 10 bodů
 - II. 10-19 bodů
 - III. 20-39 bodů
 - IV. Nad 40 bodů

- poměr sestra na počet klientů
 - I. 1 sestra pro 4 a více klientů
 - II. 1 sestra pro 4 klienty
 - III. 1 sestra pro 2 klienty
 - IV. 1 sestra pro 1 pacienta s pomocí pomocného ošetrovatelského personálu.

Příloha č. 5: zajištění bezpečnosti nemocničního prostředí (FMS) – standardy

(zdroj: MARX D., STANĚK I., Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, s. 250 – 252)

FMS. 11 Nemocnice školí a zacvičuje veškerý personál v jeho úloze při zajištění bezpečného a fungujícího prostředí, ve kterém se pacientům poskytuje péče.

Indikátory standardu FMS. 11

1. Pro všechny části programu zajištění bezpečnosti nemocničního prostředí je plánováno vzdělávání personálu, aby tak bylo zabezpečeno efektivní plnění jeho povinností.
2. Vzdělávání zahrnuje návštěvy, obchodníky, smluvní a další pracovníky podle struktury nemocnice a pracovníky ve směnném provozu.

FMS. 11.1 Personál je školen a poučen o své roli vyplývající z nemocničních plánů pro zajištění protipožární ochrany a bezpečnosti, plánů pro manipulaci s nebezpečnými látkami a pro havarijní situace.

Indikátory standardu FMS. 11.1

1. Personál popíše a/nebo předvede svou činnost při požáru.
2. Personál popíše a/nebo předvede činnost směřující k likvidaci či redukci rizik a umí o těchto událostech podat hlášení.
3. Personál popíše a/nebo předvede preventivní opatření, postupy a své zapojení při skladování, manipulaci a likvidaci nebezpečného odpadu a nebezpečných látek a s tím spojenými možnými mimořádnými událostmi.
4. Personál popíše a/nebo předvede postup při mimořádných situacích či hromadných neštěstích uvnitř nemocnice nebo v komunitě a svou úlohu při jejich řešení.

FMS. 11.2 Personál je vyškolen v ovládání a údržbě zdravotnické techniky a provozních systémů.

Indikátory standardu FMS. 11.2

1. Personál je vyškolen v ovládání zdravotnické techniky odpovídající jeho pracovní náplni.
2. Personál je vyškolen v údržbě zdravotnické techniky odpovídající jeho pracovní náplni.

FMS. 11.3 Nemocnice periodicky ověřuje znalosti personálu formou názorných demonstrací, simulace událostí a dalšími vhodnými metodami. Následně jsou výsledky ověřovacích testů dokumentovány.

Indikátory standardu FMS. 11.3

1. Znalosti personálu jsou testovány se zřetelem na jeho roli v udržování bezpečného a funkčního prostředí.
2. Školení a ověření znalosti je dokumentováno. Konkrétně je zaznamenáno, kdo byl školen, kdo byl prověřen testem a jakých dosáhl výsledků.

kvalifikace a vzdělávání personálu (SQE) – standardy

(zdroj: MARX D., STANĚK I., Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, s. 243 – 255)

SQE. 1 Vedoucí pracovníci nemocnice určí požadované vzdělání, dovednosti, znalosti a jiné požadavky na všechny pracovníky.

SQE. 1.1 Povinnosti jednotlivých pracovníků jsou stanoveny v platné náplni práce.

SQE. 2 Vedoucí pracovníci nemocnice zpracovávají a zavádějí do praxe postupy pro nábor, hodnocení a přijímání personálu a další související postupy určené nemocnicí.

SQE. 3 Nemocnice používá přesně stanovený postup k ověření, zda znalosti a dovednosti zdravotnického personálu jsou v souladu s potřebami pacientů.

SQE. 5 Každý pracovník má založen osobní spis.

SQE. 6 Personální plán nemocnice, vytvořený společně vedoucími klinickými řídicími pracovníky, určuje počet, profesní složení a požadovanou kvalifikaci pracovníků.

SQE. 6. 1 Personální plán je průběžně revidován a podle potřeby aktualizován.

SQE. 7 Všichni kliničtí a nekliničtí pracovníci jsou při nástupu zapracováni v rámci nemocnice, oddělení a jednotky, kam jsou určeni, i s ohledem na jejich specifickou pracovní náplň.

SQE. 8 Každému pracovníkovi je poskytováno vzdělávání a školení jak v rámci nemocnice, tak mimo ni, které udržuje či zvyšuje jeho dovednosti a znalosti.

SQE. 8. 1 Pracovníci poskytující péči pacientům a další personál určený nemocnici absolvují školení v resuscitačních technikách, což následně prokazují příslušnými schopnostmi.

SQE. 8. 2 Nemocnice poskytuje místnosti a časový prostor pro vzdělávání a školení personálu.

SQE. 8. 3 Vzdělávání zdravotnických pracovníků prováděné nemocnicí je vedeno podle vzdělávacích parametrů, které stanovil garant odborného programu.

SQE. 8. 4 Nemocnice poskytuje personálu program zdraví a bezpečí.

SQE. 12 Nemocnice má vypracovaný účinný postup shromažďování, ověřování a hodnocení dokladů ošetrovatelského personálu pro oprávnění k poskytování péče (osvědčení o odborné způsobilosti, vzdělání, školení a praxi).

SQE. 13 Nemocnice má vypracovaný standardizovaný postup k určení pracovních povinností a ke tvorbě pověření pro poskytování zdravotní péče na základě příslušného oprávnění k poskytování péče ošetrovatelským personálem a na základě dalších stanovených požadavků.

SQE. 14 Nemocnice má vypracovaný standardizovaný postup pro účast ošetrovatelského personálu v nemocničním programu zvyšování kvality, včetně hodnocení činnosti jednotlivých pracovníků, je-li to potřebné.

SQE. 15 Nemocnice má vypracovaný standardizovaný postup shromažďování, ověřování a hodnocení oprávnění k poskytování péče pro jiné odborné pracovníky ve zdravotnictví (osvědčení o odborné způsobilosti, vzdělání, školení a praxe).

SQE. 16 Nemocnice má vypracovaný standardizovaný postup k určení pracovních náplní a ke tvorbě pověření pro poskytování zdravotní péče na základě oprávnění k poskytování péče jinými odbornými pracovníky ve zdravotnictví a na základě dalších stanovených požadavků.